

函館市ひとり親家庭等医療費受給資格喪失・変更届出書

函館市長様

令和 年 月 日

住所 函館市 町 丁目 (番地) 番 号

届出者 氏名

電話

次のとおりひとり親家庭等医療費の受給資格の喪失(変更)について届け出ます。

受給者	受給者証の 受給者番号					
	氏名					
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	個人番号					
	保護者との 続柄					
	被保険者との 続柄					
喪失	喪失事由の 発生年月日	年 月 日	事由	61 死亡 62 転出 63 受給要件非該当(婚姻・期間満了・制度移行) 65 生保加入 69 その他喪失()		
	※喪失年月日	年 月 日	※受給者証回収年月日	令和 年 月 日		
変更事項	区分	変更後			変更前	
	医療 保 険	被保険者の 氏名				
		被保険者の 住所	(番地) 函館市 町 丁目 番 号			(番地) 函館市 町 丁目 番 号
		種別	01 国保 04 国保組合 05 協会健保 06 船員 08 健保組合 09 共済			国保 国保組合 協会健保 船員 健保組合 共済
	記号・番号					
	任意継続の 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日 ~ 年 月 日	
	保険者の名称					
	保険者番号					
	保護者	氏名				
		個人番号				
受給者との 続柄						
負担区分(適用)	1 課税 ・ 2 初診 ・ 3 初診→課税			課税 ・ 初診 ・ 初診→課税		
変更年月日	年 月 日					
※変更事由	31 保険変更 32 制度変更 36 生計者変更 37 保護者変更 39 その他 (有効期間変更 ・ 自己負担変更 ・)					
※備考						

主たる生計維持者	氏名		
	個人番号		
	住所		
	扶養人数	人(うち老人 人)	人(うち老人 人)
	所得額	円	円

※主たる生計維持者変更の場合は、裏面の同意書も必ず記入してください。注) ※印欄は、記入しないでください。

公簿確認			受付	入力	検証	受付印	交付年月日
住民票	保険資格	所得					
受付日同日	受付日同日	受付日同日	受付日同日	受付日同日	受付日同日		令和 年 月 日
児童手当	児童扶養手当	その他					