

(保険情報が変わった場合の変更届記載例)

函館市ひとり親家庭等医療費受給資格喪失・変更届出書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

函 館 市 長 様

保護者について
記載してください。

住所 函館市東雲 町 1丁目 4 番 13 号
届出者 氏名 市役所 太郎
電話 0138-21-3181

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	0001234	0004321					
	氏名	市役所 太郎	市役所 緑					
	生年月日	平成5年 4 月 1 日	令和2年 1月 1 日	年 月 日	年 月 日			
	個人番号							
	保護者との 続柄	本人	子					
	被保険者との 続柄	本人	子					
	主たる生計維 持者との続柄	本人	子					
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	被保険者の 氏名	市役所 太郎			市役所 太郎		
		被保険者の 住所	(番地) 函館市東雲 町 1 丁目 4 番 13 号			(番地) 函館市東雲 町 1 丁目 4 番 13 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		
	保 険	記号・番号	函	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7 8	2 2		
		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	函館市国民健康保険			全国健康保険協会		
	項	保険者番号	0 0 0 1 0 0 2 5	0 1 2 3 4 5 6 7				
		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			1:課税 2:初診 3: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