

(受給資格を喪失する場合の喪失届記載例)

函館市子ども医療費受給資格喪失・変更届出書

令和 ○年 ○月 ○日

函館市長様

(番地)

住所 函館市 東雲 町 1丁目 4 番 13 号

保護者について

届出者 氏名 市役所 太郎

記載してください。

電話 0138-21-3181

次のとおり子ども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	受給者証の受給番号	0001234			
	氏名	市役所 緑			
	生年月日	平・令 7年 1月 1日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	
	個人番号				
	保護者との続柄	子			
	被保険者との続柄	子			
喪失	喪失事由の発生日	令和 8年 1月 1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		
	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				
	自己負担区分	1 1割 ・ 2 なし ・ 4 なし→1割	1割 ・ なし ・ なし→1割		
	変更年月日	年 月 日			
※ 変更事由	31 保険変更 32 制度(道市区分)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		受給者との続柄		受給者との続柄	
	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	