

(受給資格を喪失する場合の喪失届出書記載例)

函館市子ども医療費受給資格喪失(変更)届出書

令和〇年〇月〇〇日

函館市長様

住所 函館市〇〇町〇丁目〇番〇号 (番地)

保護者について
記載してください。

届出者 氏名 市役所 太郎

電話 0138-12-3456

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	令和〇年〇月〇〇日		年 月 日	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	令和〇年〇月〇〇日		事由	21 生保開始 22 転出 23 死亡 31 期間満了 32 制度移行 36 所得制限 39 その他					
	※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	函館市 町 丁目 番 号 (番地)				函館市 町 丁目 番 号 (番地)				
	種別	01 国保 02 国退本 03 国退扶 04 国保組合 05 協会健保 06 船員 07 日雇 08 健保 09 共済				国保 国退本 国退扶 国保組合 協会健保 船員 日雇 健保 共済				
	被保険者証の記号・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									
	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			
	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	40 主たる生計維持者変更 41 保険変更 44 道市区分変更 52 有効期間変更 54 保護者変更 59 その他 66 自己負担変更									
※備考					※ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 所得					

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