年　　月　　日

資 格 変 更 ・ 喪 失 届

（あて先）　寝屋川市長

〒　　―

申請者

住　所

氏　名

続　柄　　連絡先

次のとおり変更・喪失しましたので届出します。

公費区分	□　子ども医療　　□　ひとり親医療 □　老人医療（ 87・88・89・90 ）　　□　障がい者医療			
資格変更・喪失 年月日	年　　月　　日	変更理由	保険　　住所　　氏名 その他（　　）	
	事　項	**変　更　後**	**変　更　前**	
対象者	住　所	寝屋川市	寝屋川市	
	氏　名			
	受給者番号			
	氏　名			
	受給者番号			
加入医療保険	保険種別	協・組・共・国・国組・後期 その他〔　　〕	協・組・共・国・国組・後期 その他〔　　〕	
	保険者番号			
	記号番号			
	被保険者	年　　月　　日生	年　　月　　日生	
	受給者との続柄			
変更事由	□　転　出　　□　転　居　　□　他公費へ移行（ 子 ・ 障 ・ ひ ） □　保険変更　　□　氏名変更　　□　扶養義務者変更 □　生活保護開始　　□　婚姻・事実婚　　□　死　亡 □　その他〔　　〕			