

# 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		<input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療													
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 ( )		
		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	<input type="checkbox"/> 転 出 <input type="checkbox"/> 転 居 <input type="checkbox"/> 他公費へ移行 ( 子・障・ひ )														
	<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 扶養義務者変更														
	<input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 婚姻・事実婚 <input type="checkbox"/> 死 亡														
	<input type="checkbox"/> その他 [ ]														