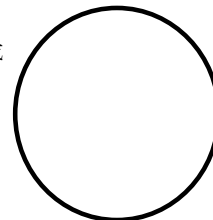


受付

# 子ども医療受給資格変更・喪失届書

(あて先)豊中市長

下記のとおり変更・喪失しましたのでお届けいたします。また、審査の際に必要なときは、保護者又は婚姻により成年に達したものとみなされる子どもの生活保護受給状況、児童扶養手当及びひとり親家庭医療の資格情報、市民税課税台帳と児童手当支給台帳の所得情報を閲覧及び確認すること、並びに子どもの加入健康保険に対して、高額療養費・付加給付について確認することに同意します。



届出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

太枠内ご記入をお願いします。

(届出・申込者)

住所			
氏名	受給者との続柄	電話	

届出理由	<input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 保険変更※ <input type="checkbox"/> 保護者変更 <input type="checkbox"/> その他( )	異動 年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他( )		

	変更・喪失前				変更後				
受給者	(フリガナ)								
	氏名								
	生年月日	年 月 日				年 月 日			
	法別	8 6	受給者番号					※医療証の2段目の番号を記入してください。	
	(フリガナ)								
	氏名								
	生年月日	年 月 日				年 月 日			
	法別	8 6	受給者番号					※医療証の2段目の番号を記入してください。	
	(フリガナ)								
	氏名								
生年月日	年 月 日				年 月 日				
法別	8 6	受給者番号					※医療証の2段目の番号を記入してください。		
(フリガナ)									
氏名									
生年月日	年 月 日				年 月 日				
法別	8 6	受給者番号					※医療証の2段目の番号を記入してください。		
居住地									
保護者氏名				続柄				続柄	

保険の種類	1協会・2組合・3共済・4船員 5後期・6国保・7国組・8日雇	退職特例	1協会・2組合・3共済・4船員 5後期・6国保・7国組・8日雇	退職特例
	有効期限 年 月 日 喪失		年 月 日 取得	

※保険変更の場合は変更後の健康保険証のコピーを添付してください。

- 証回収入力済
- 資格喪失入力済
- 保険変更入力済