

# 資格事項変更・喪失届

年 月 日

(宛先)箕面市長

申請者 住所

氏名

対象者との続柄( )

電話番号

次のとおり届け出ます。

医療助成の別	重度障害者医療	受給者番号					
	<b>変更後</b>	<b>変更前</b>					
① フリガナ 受給者氏名							
② 生年月日	年 月 日						
③ 住 所	箕面市 丁目 番 号			箕面市 丁目 番 号			
④ 医療保険の 加入状況	(被保険者等氏名)						
	(被保険者等住所)						
	(記号・番号)						
	(被保険者との続柄)						
	(保険者の名称)						
	(保険種別 )			(保険種別 )			
	(保険者番号 )			(保険者番号 )			
(保険者の所在地)							
(資格取得日)							
⑤ 届出事由	年 月 日(事由発生日) 住所変更・氏名変更・転出・その他( )						
⑥ 医療証 回収年月日							
No.							
			受付	入力	確認		

# 記入例

## 資格事項変更 ・ 喪失届

●年 ●月 ●日

(宛先)箕面市長

(申請者)

住所	箕面市西小路4丁目6番1号
氏名	箕面 ゆり
対象者との続柄	( 本人 )
電話番号	072-723-2121

次のとおり届け出ます。

医療助成の別	重度障害者医療			受給者番号						
	変更後			変更前						
① フリガナ 受給者氏名				3	2	1	2	3	4	5
				ミノオ ユリ						
② 生年月日				箕面 ゆり						
③ 住 所	箕面市 西小路			箕面市 西小路						
	4 丁目 6 番 1 号			3 丁目 1 番 8 号						
④ 医療保険の 加入状況	(被保険者等氏名)									
	(被保険者等住所)									
	(記号・番号)									
	(被保険者との続柄)									
	(保険者の名称)									
	(保険種別 )			(保険種別 )						
	(保険者番号 )			(保険者番号 )						
	(保険者の所在地)									
(資格取得日)										
⑤ 届出事由	令和●年 ●月 ●日(事由発生日)									
	住所変更 氏名変更・転出・その他( )									
⑥ 医療証 回収年月日	年 月 日									
No.										

※受給者の氏名  
に変更がない  
ときは、  
変更前だけに  
氏名を記入して  
ください。

受付	入力	確認