

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	ひとり親家庭医療	受給者番号		
	変 更 後	変 更 前		
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		受 付	入 力	確 認
No.				

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 牧落 花子

対象者との続柄(母)

電話番号 072-723-2121

次のとおり届け出ます。

医療助成の別	ひとり親家庭医療	受給者番号	0	4	2	3	4	2	6
	変更後	変更前							
① フリガナ 受給者氏名	マキオチ ユリ	ミノオ ユリ							
	牧落 ゆり	箕面 ゆり							
② 生年月日		平成 令和	2年	3月	3日				
③ 住 所	箕面市	箕面市							
	丁目 番 号	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)								
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、
変更前のみに
氏名を記入して
ください。

受付	入力	確認