

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	子どもの医療	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		平成 令和	年	月	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)					
	(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	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

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 太郎

対象者との続柄(父)

電話番号 072-723-2121

次のとおり届け出ます。

医療助成の別	子どもの医療		受給者番号						
	変更後	変更前	9	1	2	3	4	5	6
① フリガナ 受給者氏名	-----		ミノオ ユリ						
			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 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

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 太郎

対象者との続柄(父)

電話番号 072-723-2121

次のとおり届け出ます。

医療助成の別	子どもの医療		受給者番号						
	変更後	変更前	9	1	2	3	4	5	6
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)								
(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