

受給資格喪失届

年 月 日

(宛先)
枚方市長

住所 枚方市

氏名

対象者との続柄 ()

電話番号

FAX番号

次のとおり届け出ます。

受給医療	<input type="checkbox"/> 老人(一負) <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 障害者	受給者番号		
	変 更	変 更 前		
フリガナ 氏 名				
生年月日				
居住地				
医療保険の 加入状況	(被保険者・組合員又は世帯主の氏名)			
	(被保険者・組合員又は世帯主の住所)			
	(被保険者証又は組合員証の記号番号)			
	(被保険者・組合員又は世帯主との続柄)			
	(保険者の名称)			
	(保険種別) (番号)	(保険種別) (番号)		
	(保険者の所在地)			
届出事由				
No				

受付印	入力	確認