

受給資格変更（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"/> 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)		
	(被保険者又は組合員の記号番号)		
	(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	<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()		
No			

受付印	入力	確認