



部分をご記入下さい。

【別紙③】

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

F A X

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	<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> お亡くなりになられた日 令和 年 月 日 (資格喪失日はお亡くなりになられた日の翌日です。) <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療証	<input type="checkbox"/> 回収済	<input type="checkbox"/> 返還依頼済	<input type="checkbox"/> 紛失
No			
		受付印	入力
			確認

【医療助成課】