

福祉医療の受給資格(変更・喪失)届出書

		変更・喪失	変更前	事由
①	(ふりがな)			1. 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 京丹波町内の転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他( )  上記の事由発生年月日 年    月    日  2. 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 所得制限該当 <input type="checkbox"/> 障害非該当 <input type="checkbox"/> 子の年齢到達 <input type="checkbox"/> 制度移行 ( ) <input type="checkbox"/> その他( )  上記の事由発生年月日 年    月    日
	氏名			
②	生年月日	年    月    日		
③	住所	京都府船井郡京丹波町	京都府船井郡京丹波町	
④	医療保険加入状況	(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)		
		保険者番号： (保険者の所在地)		

上記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

年    月    日                  住 所

氏 名

京丹波町長 様