

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 ※健康保険証の写しを添付してください <input type="checkbox"/> その他()
	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)		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
		(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