

様式第9号(第8条関係)

老人医療の受給資格(変更・喪失)届出書

	変更・喪失	変更前	事由
① (ふりがな) 氏名			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 (. .)
② 生年月日	年 月 日		
③ 住 所	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"/> 他の市区町村への転出 <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"/> 制度移行() <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .)
	(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)		
<p>上記のとおり関係書類を添えて届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p>京丹波町長 様</p>			