

# 福祉医療費受給資格 変更・喪失届出書

|     |     |    |        |       |
|-----|-----|----|--------|-------|
| 老   | 障-1 | 事由 | 住民票の変更 | 保険の変更 |
| 障-2 | 親   |    | その他の変更 | 喪失    |

|                       |              |          |                 |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
|-----------------------|--------------|----------|-----------------|--------|--------------|---------|-----|--|--|------|---------------------------------------|--|------|--|--|--|
| 氏名                    |              | フリガナ     |                 | 個人番号   |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 住所                    |              | 福知山市     |                 |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 生年月日                  |              | 年 月 日    |                 | 受給者番号  |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 変更                    | 住民票          | 事由       | 氏名の変更           | 世帯主の変更 | 発生日<br>年 月 日 |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
|                       |              |          | 住所の変更           | その他    |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
|                       |              | 氏名       |                 |        |              | 世帯主     |     |  |  |      |                                       |  | 個人番号 |  |  |  |
|                       |              | 住所       | 福知山市            |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
|                       | 医療保険         | 事由       | 被保険者の変更         |        |              | 記号番号の変更 |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
|                       |              |          | 保険者番号等の変更       |        |              | その他 ( ) |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
|                       |              | 氏名       |                 |        |              | 個人番号    |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
|                       |              | 被保険者等の住所 | Tel - -         |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
|                       |              | 保険       | 保険者番号<br>(保険者名) |        |              |         |     |  |  | 本人区分 | 1 本人 2 家族                             |  |      |  |  |  |
|                       |              |          |                 |        |              |         |     |  |  | 取得日  | . .                                   |  |      |  |  |  |
|                       |              |          |                 |        |              | 交付日     | . . |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 記号番号                  |              |          |                 | 種別     |              |         |     |  |  |      | 1 国一 2 国退 3 他国 4 協<br>5 日 6 組 7 船 8 共 |  |      |  |  |  |
| その他                   |              |          |                 |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 喪失                    | 事由           | 01 死亡    | 03 保険喪失         |        | 12 其他 ( )    |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
|                       |              | 02 転出    | 11 生保開始         |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
|                       | 発生日<br>年 月 日 | . .      | 喪失日             | . .    |              | 証回収日    | . . |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 転出先                   |              |          |                 |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 上記のとおり届出します。<br>年 月 日 |              |          |                 |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 住所 福知山市               |              |          |                 |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 氏名                    |              |          |                 |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 個人番号                  |              |          |                 |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |
| 福知山市長 様               |              |          |                 |        |              |         |     |  |  |      |                                       |  |      |  |  |  |

この届出書に記載いただいた特定個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市福祉医療費給付事業に係る事務に利用します。

※ 下記は記入しないでください。

|    |                               |    |     |     |    |    |      |    |   |
|----|-------------------------------|----|-----|-----|----|----|------|----|---|
| 確認 | <input type="checkbox"/> 番号確認 | 処理 | 台帳力 | . . | 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|    | <input type="checkbox"/> 実存確認 |    | 担当者 |     |    |    |      |    |   |
|    | 年 月 日                         |    |     |     |    |    |      |    |   |