

京都子育て支援
ふくふく

医療費 受給資格変更・喪失届出書

子・45

住民票の変更

保険の変更

資格喪失

乳幼児及び児童	ふりがな											生年月日	平成 令和	年	月	日	
	氏名																
	個人番号											受給者番号					
	住所	福知山市										TEL					

変更	住民票	旧氏名											発生年月日	R	.	.	
		旧住所	福知山市										発生年月日	R	.	.	
	医療者	事由	1 医療保険の変更			2 被保険者の変更			3 記号番号の変更								
		被保険者	氏名											乳幼児及び児童との続柄			
			個人番号														
	保険	住所															
		保険者番号											本人区分	1 本人 2 家族			
		(保険者名)	()										取得日	H・R . . .			
													交付日	H・R . . .			
	記号・番号	記号	番号			種別	1 国保 2 国退 3 他国 4 協会 5 日雇 6 組合 7 船員 8 共済										

喪失	事由	1 転出			2 保険喪失			3 死亡			
		4 他の公費制度適用			5 生活保護開始			6 その他 ()			
	発生年月日	R	.	.	喪失日	R	.	.	証回収日	R	.
転出先											

上記のとおり届出します。

福知山市長 様

令和 年 月 日

保護者個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保護者氏名 _____

※ 下欄は記入しないでください。

確認	番号確認	確認者	処 理	台帳入力	担当者	決 裁	課長	課長補佐	係長	係	備 考	
	実存確認			R	.		.					
								R	年	月		日