様式第９号（第１１条関係）

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	生年月日	年　　月　　日
住　　所	福知山市 Tel　　ー	受　給　者　番　号	

変更	住民票	事由	氏名の変更 / 住所の変更	世帯主の変更 / そ　の　他	発生年月日	・　・	
		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	保険者番号等の変更	記号番号の変更	その他（　　）	
		氏名			個人番号		
		被保険者等の住所	Tel　　ー　　ー				
		保険者番号（保険者名）	（　　）		本人区分	1 本人　2 家族	
					取得日	・　・	
		記号番号			種別	1 国一　2 国退　3 他国　4 協 5 日　6 組　7 船　8 共	
	その他						

喪失	事由	01 死　亡	03 保険喪失	12 その他（　　）		
		02 転　出	11 生保開始			
	発生年月日	・　・	喪失日	・　・	証回収日	・　・
	転出先					

上記のとおり届出します。

年　　月　　日

住　所　　福知山市

氏　名

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（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成２５年法律第２７号）第２条第９項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	□番号確認 □実存確認	処理	台帳入力	・　・	決裁	課長	課長補佐	係長	係
			担当者						
						年　　月　　日			