

老人医療費受給資格(変更・喪失)届

受給者氏名	生年月日

*喪失に該当する方(該当するものに○)

1. 転出	2. 死亡	3. 生保開始
4. 等級変更	5. その他()	
喪失日		年 月 日

*変更しに該当する方(該当するものに○)

変更後			
1. 加入保険	保険種別	協 組 日 船 共 国 国組 自 特定 後期	
	保険者名		保険者番号
	記号		番号
	被保険者名		
	保険加入日		
2. 保護者			

松原市長 殿

上記のとおり、医療費の受給資格について変更又は喪失の届出をいたします。

なお、届出に当たり、公簿等により私の所得等の確認をされることを承諾します。

年 月 日

申請者 _____ 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

----- 市 役 所 記 入 欄 -----

決 裁				受 給 者 番 号	受付印
課長	課長補佐	係長	係員		