

子育て支援医療費受給資格変更・喪失届出書【記入例】

受給者氏名	生年月日	4	5	2	6				
長岡 太郎	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 ○○月 ○○日	受給者番号							
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日								
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日								

変更または喪失の該当する事由の□に✓をしてください。

届出事由	喪失	変更
	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生保加入 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 福祉医療 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況 <input type="checkbox"/> その他 ()
上記事由発生日	令和○年 ○○月 ○○日	令和○年 ○○月 ○○日

		変更後	備考
住所	長岡京市△△●-●-● (市内転居または転出の場合)		
氏名	●● 太郎 (氏名変更の場合)		
性別	男 (性別変更の場合)		届出事由で✓をした変更のある箇所のみをご記入ください。
医療保険	記号	○○	
	番号	○○○	
	被保険者氏名 (組合員・世帯主)	長岡 京一	
	保険者名	○○○健康保険組合 (医療保険加入状況の場合)	
保険者番号	12345678		

受給者証の返却 未・**済** (※市記入 回収日 令和 年 月 日)

上記のとおり受給資格等の内容に変更がありましたので届出いたします。

令和 ○年 ○○月 ○○日

長岡京市長様 届出者 住所 長岡京市 開田●-●-●
氏名 長岡 花子 (祖母)
電話 951-2121

同居の父母と異なる方が届け出られる場合は、続柄をご記入の上、本人確認書類をご提示ください