

福祉医療費受給資格変更・喪失届

受給者氏名		生年月日		公費負担者 番 号		2 6					
		年 月 日		受給者番号							
届 出 事 由	喪失				変更						
	<input type="checkbox"/> 転出		<input type="checkbox"/> 生保加入		<input type="checkbox"/> 氏名変更		<input type="checkbox"/> 身障・療育手帳				
	<input type="checkbox"/> 死亡		<input type="checkbox"/> 福祉医療		<input type="checkbox"/> 市内転居		<input type="checkbox"/> 公的年金等種類				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 医療保険加入状況		<input type="checkbox"/> その他 ()				
上記事由発生年月日					上記事由発生年月日						
年 月 日					年 月 日						
届 出 内 容			変更後						備考		
	住 所										
	氏 名										
	性 別										
	医 療 保 険	記 号 番 号		記号		番号					
		被 保 険 者 氏 名 (組合員・世帯主)									
		保 険 者 名									
		保 険 者 番 号									
<input type="checkbox"/> 身体障害者・療育手帳等の障がい程度											
<input type="checkbox"/> 公的年金等の種類											
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 氏 名 電 話											