

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														
	☐ 転出 ☐ 生保加入				☐ 氏名変更 ☐ 身障・療育手帳・精神手帳														
	☐ 死亡 ☐ 福祉医療				☐ 市内転居 ☐ 公的年金等種類														
	☐ その他（ ）				☐ 医療保険加入状況 ☐ その他（ ）														
上記事由発生年月日 年 月 日				上記事由発生年月日 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																	
	☐ 身体障害者・療育 精神手帳等の障がい 程度																		
	☐ 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																			