第４号様式(第８条関係)

福祉医療費受給資格変更・喪失届【記入例】

受給者氏名	生年月日	公費負担者番号	2 6
長岡　太郎	平成〇〇年　〇〇月　〇〇日	受給者番号	

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	
□ 転　出	□ 生保加入	□ 氏名変更	□ 身障・療育手帳
□ 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 令和□□年　□□月　□□日		上記事由発生年月日 令和□□年　□□月　□□日	

届出内容

		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）	
医療保険	記号番号	記号 〇〇　番号 〇〇〇	（医療保険加入状況の場合）
	被保険者氏名（組合員・世帯主）	長岡　京子	
	保険者名	〇〇〇健康保険組合	
	保険者番号	12345678	
☑身体障害者・療育手帳等の障がい程度 □公的年金等の種類		別紙の手帳の写しのとおり	

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。

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　〇〇年　〇〇月　〇〇日

長岡京市長様

届出者　住　所　長岡京市　△△●－●－●

氏　名　長岡　京子　（祖母）

電　話　951－2121

同世帯以外の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。