

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	26			
長岡 太郎		平成〇〇年 〇月 〇日		受給者番号				
届出事由	喪失		変更または喪失で該当する届出事由の□に✓をしてください。		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		上記事由発生年月日						
令和〇〇年 〇〇月 〇〇日		令和〇〇年 〇〇月 〇〇日						
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				変更または喪失の届出事由で✓をした箇所のみをご記入ください。			
	医療保険	記 号 番 号	記号	番号	123 4567			
		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		(医療保険加入状況の場合)		
		保 険 者 番 号		01234567				
☐ 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 長岡 京子								
電 話 951-2121								