第５号様式（第３条の６関係）

老人医療費受給資格変更・喪失届

受給者氏名	生年月日								
	昭和　　年　　月　　日	公費負担者番号	4	1	2	6	0	1	0	0
		受給者番号								／

届出事由	喪失	変更
	□ 転　出　　□ 生保加入 □ 死　亡 □ その他（　　）	□ 市内転居　　□ 氏名変更 □ 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		
		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		

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