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【記入例】

| 受給者氏名 | 生年月日 | 公費負担者番号 | 4 | 1 | 2 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 長岡　太郎 | 昭和　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 | □ 市内転居　　□ 氏名変更 |
| | □ 死　亡 | □ 医療保険加入状況 |
| | □ その他（　　） | □ その他（　　） |
| | 上記事由発生年月日<br>令和　□□年　□□月　□□日 | 上記事由発生年月日<br>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 | |
| | 被保険者氏名（組合員・世帯主） | 長岡　太郎 | |
| | 保険者名 | 〇〇〇健康保険組合 | |
| | 保険者番号 | 12345678 | |

（医療保険加入状況の場合）

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　太郎

電　話　951－2121

同世帯以外の方が届け出られる場合は、氏名の横に続柄をご記入の上、本人確認書類をご提示くださ