様式第５号（第９条、第10条関係）

子ども医療費受給資格変更・喪失届

年　　月　　日

白老町長様

届出者住所

　氏名

　続柄

電話番号

次のとおり受給資格の変更・喪失について届出いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 | ※受給者番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 | ※受給者番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 | ※受給者番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年 　月　 日 | ※受給者番号 |  |
| 変更 | 氏名 | 新 |  | 変更年月日 | 年　 月　 日 |
| 旧 |  |
| 住所 | 新 |  | 変更年月日 | 年　 月　 日 |
| 旧 |  |
| 医療保険 | 新 | 種類 | 政・組・日・船・共・国 | 記号・番号 |  |
| 保険者名称 |  | 被保険者氏名 |  |
| 旧 | 種類 | 政・組・日・船・共・国 | 記号・番号 |  |
| 保険者名称 |  | 被保険者氏名 |  |
| 変更年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 喪失 | 　喪失理由 |
| 　１． 他の市町村へ転出 | 年　　　月　　　日 |  |
| 　２． 生活保護開始 | 年　　　月　　　日 |  |
| 　３． 医療保険離脱 | 年　　　月　　　日 |  |
| 　４． 死亡 | 年　　　月　　　日 |  |
| 　５.　施設等入所 | 年　　　月　　　日 |  |
| 　６． その他（　　　　　 　　　　） | 年　　　月　　　日　 |  |

※担当者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 処理年月日 | 処理者印 |
| 年　 　月　　 日 |  |