

様式第9号の3 (第10条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格(変更・喪失)届出書

年 月 日

夕張市長様

届出者 住所

氏名

印

(電話 ー)

下記の理由により受給者資格を(変更・喪失)しましたのでお届けします。

記

受給者番号		氏名		生年月日	年 月 日生
-------	--	----	--	------	--------

喪失

事由	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 年齢到達
	<input type="checkbox"/> 他の市(区)町村への転出	<input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の喪失	<input type="checkbox"/> その他()
資格喪失年月日	年 月 日	受給者証回収年月日	年 月 日

変更

		変更前	変更後 (変更年月日)
氏名	(フリガナ)		(. .)
	氏名		(. .)
住所			(. .)
医療保険	保険名		(. .)
	記号・番号		(. .)
	被保険者		(. .)
その他			(. .)

決裁	課長	主幹	係長	主査	係