

資格事項変更(喪失)届

年 月 日

摂津市長 様

届出者 住 所 摂津市

氏 名

受給(対象)者との続柄 ()

電話番号

次のとおり届け出ます。

医療助成の別	ひとり親医療	
	変 更	変 更 前
① フリガナ 氏 名		
② 生年月日		
③ 個人番号		
④ 居 住 地	摂津市	
⑤ 医療保険の 加入状況	(被保険者・組合員又は世帯主の氏名)	
	(被保険者・組合員又は世帯主の住所)	
	(被保険者又は組合員の記号・番号)	
	(被保険者・組合員又は世帯主との続柄)	
	(保険者の名称)	
	(保険種別) (保険種別) (番号) (番号)	
	(保険者の所在地)	
⑥ 届出事由		
受給(対象)者 番号		
No		

決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員	確 認	受 付