

福祉医療費受給資格喪失・変更届書

令和 年 月 日

邑楽町長様

住所 邑楽町大字

氏名

(TEL ー)

次のとおり

- 社会保険 変更
- 住所 変更
- その他 変更
- 受給資格 喪失

になりましたので、邑楽町福祉医療費の支給に関する条例に

基づき届け出ます。

公費負担者番号									
受給資格者番号								X	
受給資格者	氏名	性別	生年月日			続柄	備考		
		男・女	大・昭・平・令	年	月	日			
		男・女	大・昭・平・令	年	月	日			
		男・女	大・昭・平・令	年	月	日			
		男・女	大・昭・平・令	年	月	日			
変更事項	世帯主・受給者 氏名								
	住所地 新		邑楽町大字						
	旧		邑楽町大字						
	社会保険	区分		新			旧		
		名称							
		記号番号							
		加入者氏名							
		事業所名							
		所在地							
	付加給付の有無								
その他の変更事由									
変更年月日		平成・令和 年 月 日							
喪失事由	平成・令和 年 月 日		により資格喪失						
	令和 年 月 日		受給資格者証回収						

(注) 変更になった事項を記入のこと。

入力	台帳記入