

福祉医療費受給資格（変更・喪失）届

年 月 日

群馬県邑楽郡邑楽町長 様

住所

氏名

次のとおり、福祉医療費の助成を受ける資格 等に変更があった
を喪失した ので届け出ます。

受 給 資 格 区 分		1. 子 ども		2. 重度心身障害		3. 母子家庭等	
受給資格者	氏 名		性別	生 年 月 日	申請者 との続柄	受 給 資 格 者 番 号	
			男・女	年 月 日			
受給資格喪失	資格喪失の理由		1. 他市町村への転出（転出先 2. 死亡 3. 生活保護の受給 4. 医療保険の被保険者・被扶養者等でなくなった。 5. その他（				
	資格喪失年月日		年 月 日				
変 更 事 項	1. 住所		2. 医療保険の種類		3. その他（		
	変 更 年 月 日 : 年 月 日						
	受給資格者（母子家庭等）		新		旧		受給資格者番号
		続柄	氏 名		氏 名		
			生 年 月 日	性別	生 年 月 日	性別	
		母	年 月 日生		年 月 日生		
			男・女	男・女			
		子	年 月 日生		年 月 日生		
			男・女	男・女			
		年 月 日生		年 月 日生			
		男・女	男・女				
		年 月 日生		年 月 日生			
		男・女	男・女				
	住所地	新					
		旧					
保険の種類	区分	新		旧			
	名 称						
	記 号 ・ 番 号						
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名						
	事業所名（保険者名）						
	付 加 給 付 の 有 無						
	税法上の扶養親族の数 （母子家庭等のみ）						
その他変更事項							

(注)変更事項欄は、該当項目欄のみ記入のこと。