

福祉医療費受給資格（変更・喪失）届

令和〇年〇〇月〇〇日

群馬県邑楽郡邑楽町長 様

住所 邑楽町大字中野2570-1

氏名 邑 楽 太 郎

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。

福祉医療費受給資格者証の番号を記入してください

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	
	邑楽 花子	男 女	平成28年2月2日	子	2500000	
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	氏名	
			生年月日	性別	生年月日	性別
		母	年 月 日生	男・女	年 月 日生	男・女
		子	年 月 日生	男・女	年 月 日生	男・女
			年 月 日生	男・女	年 月 日生	男・女
			年 月 日生	男・女	年 月 日生	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。