

【受給資格を喪失する場合の喪失届出書記載例】

函館市ひとり親家庭等医療費受給資格喪失・変更届出書

函館市長様

令和〇年〇月〇日

保護者について
記載してください。

届出者

住所 函館市 〇〇町 〇丁目 (番地) 〇番 〇号
氏名 市役所 花子
電話 0138-98-7654

次のとおりひとり親家庭等医療費の受給資格の喪失(変更)について届け出ます。

受給者	受給者証の受給者番号	0001234	0009876		
	氏名	市役所 花子	市役所 緑		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日	年 月 日	年 月 日
	個人番号				
	保護者との続柄				
	被保険者との続柄	本人	子		
	主たる生計維持者との続柄	本人	子		
喪失	喪失事由の発生年月日	令和〇年〇月〇日	事由	21 生保開始 22 転出 23 死亡 26 婚姻 31 期間満了 32 制度移行 36 所得制限 39 その他	
	※喪失年月日	年 月 日	※受給者証回収年月日 令和 年 月 日		
	区分	変更後		変更前	
変更事項	被保険者の氏名				
	被保険者の住所	函館市 町 丁目 番 号	(番地)		函館市 町 丁目 番 号 (番地)
	種別	01 国保 02 国退本 03 国退扶 04 国保組合 05 協会健保 06 船員 07 日雇 08 健保 09 共済	国保 国退本 国退扶 国保組合 協会健保 船員 日雇 健保 共済		
	被保険者証の記号・番号				
	任意継続の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日	
	保険者の名称				
	保険者番号				
	主たる生計維持者の氏名				
	個人番号				
	住所				
扶養人数	人(うち老人 人)		人(うち老人 人)		
所得額	円			円	
保護者の氏名					
個人番号					
受給者との続柄					
自己負担区分	1 1割 ・ 2 なし ・ 4 なし→1割		1割 ・ なし ・ なし→1割		
変更年月日	年 月 日				
※変更事由	40主たる生計維持者変更 41 保険変更 44 道市区分変更 52有効期間変更 54 保護者変更 59 その他 66 自己負担変更 67居住地特例変更				
※備考				※ 所得	□ 該当 □ 非該当

注 ※印欄は、記入しないでください。

公簿確認	受付	入力	検証

受付印