

(保険情報が変わった場合の変更届記載例)

函館市ひとり親家庭等医療費受給資格喪失・変更届出書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

函館市長様

保護者について

記載してください。

住所 函館市東雲町1丁目4番13号
 届出者氏名 市役所 太郎
 電話 0138-21-3181

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	0004321															
	氏名	市役所 太郎	市役所 緑															
	生年月日	平成5年4月1日	令和2年1月1日	年 月 日	年 月 日													
	個人番号																	
	保護者との続柄	本人	子															
	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	年 月 日	事由	61 死亡 62 転出 63 受給要件非該当(婚姻・期間満了・制度移行) 65 生保加入 69 その他喪失														
	※喪失年月日	年 月 日	※受給者証回収年月日	令和 年 月 日														
変更事項	区分	変更後			変更前													
	医療種別	被保険者の氏名	市役所 太郎			市役所 太郎												
		被保険者の住所	函館市東雲町1丁目4番13号			函館市東雲町1丁目4番13号												
		種別	01 国保 04 国保組合 05 協会健保 06 船員 08 健保組合 09 共済			国保 国保組合 協会健保 船員 健保組合 共済												
	保険	記号・番号	函	123456	12345678	22												
		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	函館市国民健康保険			全国健康保険協会												
	保護者	保険者番号	0	0	0	1	0	0	2	5	0	1	2	3	4	5	6	7
		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	31 保険変更 32 制度変更 36 生計者変更 37 保護者変更 39 その他 (有効期間変更・自己負担変更)																	
※備考																		

主たる生計維持者	氏名	
	個人番号	
	住所	
	扶養人数	人(うち老人 人)
	所得額	円

