

(受給資格を喪失する場合の喪失届記載例)

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	令和8年 1月 15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	被保険者の氏名					
		被保険者の住所	(番地) 函館市 町 丁目 番 号			(番地) 函館市 町 丁目 番 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					
		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					
	保護者	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)	人(うち老人 人)
	所得額	円	円

