

函館市子ども医療費受給資格喪失・変更届出書

令和 年 月 日

函館市長様

住所 函館市 町 丁目 (番地) 番 号

届出者 氏名

電話

次のとおり子ども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	受給者証の受給番号				
	氏名				
	生年月日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	
	個人番号				
	保護者との続被保険者との続				
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	
	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	
	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				
	負担区分(適用)	1 : 課税 2 : 初診 3 : 初診→課税		1 : 課税 2 : 初診 3 : 初診→課税	
変更年月日		年 月 日			
※変更事由		31 保険変更 32 制度(道市区分)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		受給者との続柄		受給者との続柄	
	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		

※主たる生計維持者変更の場合は、裏面の同意書も必ず記入してください。(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	交付年月日
住民票	保険資格	所得					
受付日同日	受付日同日	受付日同日	受付日同日	受付日同日	受付日同日		令和 年 月 日
児童手当	児童扶養手当	その他					