

福 祉 社
子育て支援 医療費受給者異動届

八 幡 市 長 様

届出者の住所	電話 ()	届出者の氏名	届出日	年	月	日
			異動日	年	月	日

◇ 受給者

氏 名	生 年 月 日	受 給 制 度	受 給 者 番 号
	年 月 日	子育て ひとり親 障がい 老人	
	年 月 日	子育て ひとり親 障がい 老人	
	年 月 日	子育て ひとり親 障がい 老人	
	年 月 日	子育て ひとり親 障がい 老人	
	年 月 日	子育て ひとり親 障がい 老人	

◇ 異動事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

氏 名						
住 所						
加入 保 険	被保険者氏名				保険証記号	番号
	保険者番号				資格取得日 (認定年月日)	年 月 日
	保険者名称					

◇ その他の異動事由による資格喪失

<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度への加入 (障がい認定)
<input type="checkbox"/> 生活保護受給開始
<input type="checkbox"/> 婚姻
<input type="checkbox"/> 健康保険の資格喪失
<input type="checkbox"/> 受給者の死亡
*特記事項
受給者証回収 年 月 日