

福祉医療費受給資格喪失変更届

年 月 日

群馬県沼田市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

受給資格を喪失しました
 次のとおり 保険の種類が変更になりました
 住所
 受給資格者
 その他

ので、沼田市福祉医療費支給に関する

条例第8条第1項の規定により、届け出ます。

公費負担者番号				受給資格者番号			
受給資格喪失の理由							
受給資格喪失年月日		年		月		日	
変	世帯主氏名						
	新住所地						
	旧住所地						
更	受給資格者	氏名		性別	生年月日	続柄	備考
年	区 分		新		旧		
	月	保 險 名 称					
		記 号 番 号					
		加 入 者 氏 名					
		事 業 所 名 (保 険 者 名)					
		所 在 地					
		附 加 給 付 の 有 無					
日	そ の 他 の 変 更 事 由						

(注) 変更事項欄は、該当項目欄のみ記入のこと。