

## 福祉医療費受給資格喪失変更届

〇年 〇月 〇日

群馬県沼田市長

変更理由について、  
いずれかにマルを  
つけてください。

住所 沼田市下之町888番地

氏名 沼田 太郎

電話番号 080-1234-5678

受給資格  
次のとおり(保険の種類)  
住所  
受給資格者  
その他

を喪失しました  
が変更になりました

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	1234567			
受給資格喪失の理由						福祉医療費受給者証 の右上の受給者証番号 を記入してください。
受給資格喪失年月日	年	月	日			
変更	世帯主氏名	沼田 太郎				
	新住所地	沼田市下之町888番地				
	旧住所地					
更新	受給資格者	氏名	性別	生年月日	続柄	備考
		沼田 花子	女	〇年〇月〇日	子	
年月日	保険の種類	区分	新	旧		
		名称	A健康保険組合	B健康保険組合		
	記号番号	111 1111	222 2222			
	加入者氏名	沼田 太郎	沼田 太郎			
	事業所名(保険者名)					
	所在地	加入している医療保険 に変更がある場合はこ ちらに記入してください。				
	附加給付の有無					
	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。