

福祉医療費受給資格喪失・変更届

〇年 〇月 〇日

沼田市長 様

申請者 住所 **沼田市下之町888番地**  
氏名 **沼田 太郎** 受給資格者との続柄 ( **父** )  
電話番号 **080-1234-5678**

※受給資格者又は保護者等の申請となります。その他の方が来庁した場合はご記入ください。

来庁者 住所  
氏名 受給資格者との続柄  
電話番号 ( )

次のとおり、福祉医療費受給資格について（喪失した **変更があった**）ので届け出ます。

受給資格区分	1. 子ども 2. 重度心身障害 3. 高齢重度障害 4. 母子（父子）家庭等				
受給資格者	氏名	生年月日	世帯主との続柄	受給資格者番号	
	<b>沼田 花子</b>	<b>〇年〇月〇日</b>	<b>子</b>	<b>2345678</b>	
	変更のある人の氏名、生年月日、世帯主との続柄、受給資格者番号（福祉医療費受給資格者証の右上に記載）を記入してください。				
喪失	喪失の理由				
	喪失年月日	年 月 日	該当に〇をつけてください。		
変更	変更の内容	1. 住所 <b>2. 医療保険の種類</b> 3. 受給資格者 4. その他 ( )			
	変更年月日	年 月 日			
変更事項	住所	新			
		旧			
	医療保険の種類	区分	新	旧	
		名称	<b>B健康保険組合</b>	<b>A健康保険組合</b>	
		記号・番号	<b>222 2222</b>	<b>111 1111</b>	
		被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名	<b>沼田 太郎</b>	<b>沼田 太郎</b>	
		加入者個人番号	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1</b>		
事業所名(保険者名)					
付加給付の有無	<b>有り</b>	<b>無し</b>			
その他の変更事項	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。加入者個人番号には、被保険者、組合員、加入者または世帯主の個人番号12桁をご記入ください。				

(注) 変更事項欄は、当該項目欄のみ記入のこと。