

様式第6号（第14条関係）

福祉医療費受給資格 喪失 届
変更

年 月 日

沼田市長 様

住所氏名電話番号

次のとおり

受給資格 保険の種類	を喪失しました
住所	
受給資格者	が変更になりました
その他	

ので届け出ます。

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		
変更事項	世帯主氏名			
	新住所地			
	旧住所地			
	受給資格者	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	区 分		新	旧
	保険の種類	名 称		
		記 号 番 号		
		加 入 者 氏 名		
		加入者個人番号		
		事業者名(保険者名)		
所 在 地				
付加給付の有無				
その他の変更事項				

(注) 変更事項欄は、当該項目欄のみ記入のこと。【番号】 個番C・住民票・()
【本人】 個番C・免許証・()