

福祉医療費受給資格 喪失 届
変更

〇年 〇月 〇日

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
保険の種類 を喪失しました
次のとおり 住所 ので届け出ます。
受給資格者 が変更になりました
その他

公費負担者番号		受給資格者番号		2345678	
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	沼田 太郎			
	新 住 所 地				
	旧 住 所 地				
	受給資格者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	備 考
		沼田 花子	〇年〇月〇日	子	
	区 分	新	旧		
	保険の種類	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	
加 入 者 個 人 番 号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1			
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
民票・ ()
記許証・ ()

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。なお、加入者個人
番号には、加入者本人の個人番
号12桁をご記入ください。

福祉医療費受給者証の
右上の受給資格者番号
を記入してください。

変更のある人の氏名、
生年月日、続柄を記入
してください。