

# ひとり親家庭医療費受給資格事項変更・喪失届

門真市長 様

本市が受給者等の住民基本台帳や市民税課税台帳、国民健康保険資格台帳、児童扶養手当受給者台帳及びマイナンバーを利用した情報連携（所得・健康保険情報）により本医療証の資格の認定に必要な情報を確認します。	<input type="checkbox"/> 左記のことに同意し届出します。                 申請日 令和 年 月 日
	申請者 住 所 門真市
	氏 名
	連絡先 — —

届 出 事 由	変更	1 氏名 2 住所 3 扶養義務者 4 保険（ <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを健康保険証として登録している。）	変更年月日 R 年 月 日
	喪失	1 転出 2 死亡 3 生活保護受給 4 婚姻（事実婚を含む。） 5 その他（ ）	喪失年月日 R 年 月 日

\* 変更事由の4に該当する場合は、受給者全員の加入している健康保険の資格情報がわかるものの写しを添付または個人番号及び保険の種類を記入してください。  
 \* 喪失日以降に医療証を使用した場合、医療費を請求することがあります。

受 給 者 の 変 更	受給者番号																														
	氏 名																														
	生年月日	S・H・R 年 月 日										S・H・R 年 月 日										S・H・R 年 月 日									
	個人番号																														
	保険の種類	国民健康保険・国保組合 社会保険・共済組合・船員保険										国民健康保険・国保組合 社会保険・共済組合・船員保険										国民健康保険・国保組合 社会保険・共済組合・船員保険									
	変更後氏名																														
	変更後住所	1 申請者と同じ 2 その他（ ）																													
扶 養 義 務 者 の 変 更	氏名											続柄（ ）																			
	生年月日	年 月 日										1月1日現在の住所										市 同居・別居									
	氏名											続柄（ ）																			
	生年月日	年 月 日										1月1日現在の住所										市 同居・別居									

市処理欄 ※ 以下は記入しないでください。

健康保険	健康保険資格取得日	申請者本人確認	個人番号 (マイナ保険証の場合)	受付者
<input type="checkbox"/> お知らせ等 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナ保険証 照会	① 年 月 日	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 困難な理由有 <input type="checkbox"/> 補記了承有	受付日
	② 年 月 日			
	③ 年 月 日			