

ひとり親家庭医療費受給資格事項変更・喪失届

令和 年 月 日

門真市長 様

申請者 住 所 門真市 _____

氏 名 _____

電 話 _____

次のとおり変更（喪失）しましたので届出します。

届出事由	変更事由	1 氏名変更 2 住所変更 3 保険変更 4 扶養義務者変更	変更年月日 R 年 月 日
届出事由	喪失事由	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

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				S・H・R 年 月 日			
	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

喪失理由が以下の場合は、次の書類と申請書を併せて送付してください。

- 生活保護を受給するようになった…**生活保護開始決定通知書**などの写し
- 児童福祉施設などに入所することになった…**措置決定通知書**などの写し
- 健康保険の資格が喪失したとき…**資格喪失証明書**などの写し

備考

※ 変更事由の3に該当する場合は、受給者全員の医療保険証の写しを添付してください。

市処理欄 ※ 以下は記入しないでください。

保険変更	別紙添付	受付日	受付