

こども医療費受給資格事項変更 **喪失届**

令和 5年 4月 1日

門真市長 様

申請者 住 所 門真市 **中町1番1号**
 氏 名 **門真 太郎**
 電 話 **080-0000-0000**

次のとおり変更（喪失）しましたので届出します。

※変更事由の3に該当する場合は、受給者全員の健康保険被保険者証の写しを添付してください。

届出事由	1 氏名(児童・保護者) 2 住所(児童・保護者) 3 保険 4 保護者	変更年月日 R 年 月 日
喪失事由	① 転出 2 死亡 3 生活保護受給 4 他公費へ移行 5 その他 ()	喪失年月日 R 5年 4月 1日

*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。

児 童 の 変 更	受給者番号																
	氏 名	門真 一郎				門真 二郎											
	生 年 月 日	Ⓜ・R 28年 2月 2日				H・Ⓜ 2年 3月 3日				H・R 年 月 日				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 ()																
保 護 者 の 変 更	変更前	氏名 住所 生年月日 年 月 日															
	変更後	氏名 住所 生年月日 年 月 日															
	1 月1日現在の住所 1 門真市 2 その他(市区町村) → 要同意書																

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