

こども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。

※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 年 月 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																												
	生年月日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 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