

特別医療費に関する資格内容		変更 届 喪失		
北 栄 町 長 様				
変 更 理 由 喪 失	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">変更・喪失年月日</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">年 月 日</td> </tr> </table>		変更・喪失年月日	年 月 日
変更・喪失年月日	年 月 日			
区 分	新	旧(喪失)		
受給資格者	受給資格証号 番			
	氏 名			
	住 所			
加入医療保険	被 保 険 者 (組 合 員) 名			
	受 給 資 格 者 と の 続 柄			
	被保険者勤務先			
	勤 務 先 所 在 地			
	記 号 番 号			
	保 険 者 名			
	同 上 所 在 地			
保 険 (附 加) 給 付 の 状 況				
<p>上記のとおり変更(喪失)したので届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">届出人 氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">受給資格者との続柄 _____</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号 _____</p>				

(注) 1 この届には、特別医療費受給資格証を添付してください。

2 記名押印に代えて署名することができます。