

高槻市子ども医療費受給者資格変更(喪失)届

(宛先) 高槻市長

令和 年 月 日
住所 高槻市
届出者 氏名
電話

受給者番号	受給者氏名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

下記のとおり受給資格に変更があったので、届け出ます。

資格変更事由	医療保険の変更 (加入健康保険証のコピーでも可)	保 險 種 別	1国保 2国保組合 3協会 4組合 5共済 6その他()				
		記 号 ・ 番 号	記号	番号			
		被 保 険 者 氏 名					
		被 保 険 者 住 所	□届出者と同じ				
		保 険 者 番 号					
		保 険 者 名 称	()健康保険組合 全国健康保険協会()支部 ()				
		変 更 日 (資 格 取 得 日)	令和 年 月 日				
氏名・住所の変更	新	旧					

生計中心者の変更 父→母 母→父 その他()

下記の理由で資格を喪失しました。

資格喪失事由	1. 市外に転出した。(転出先)
	2. 生活保護を受けるようになった。
	3. 高槻市重度障がい者の医療費助成を受けるようになった。
	4. 高槻市ひとり親家庭の医療費助成を受けるようになった。
	5. その他()
	該当年月日 令和 年 月 日

(注) 喪失の場合は、医療証を添えて届出ください。