

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 | 保険種別 | 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たので、届け出ます。

| | | |
|--------|-------------------------------|----------|
| 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。

受付日 _____ 受付者 _____