様式第６（第１０条関係）

台　帳	口　座	入　力

課長		係長		係員	

重度心身障害者等医療費助成金
受給資格者　登録事項変更／資格喪失　届

後期高齢	一般	対象者氏名	
受給資格証番号		生年月日	年　月　日

			新	旧
変更事項	対象者	住所	町　番地 丁目　番　号	町　番地 丁目　番　号
		氏名		
	保護者	住所	町　番地 丁目　番　号	町　番地 丁目　番　号
		氏名	対象者との続柄：	対象者との続柄：
	加入医療保険	記号／番号		
		被保険者氏名／対象者との続柄		
		保険者名称／附加		
		保険者コード／有・無		
		保険の種類	政・国・国退・共・組・船・その他・後期	政・国・国退・共・組・船・その他・後期
変更理由			転居　・　保険変更　・　その他（　　）	
喪失理由			生保開始・死亡・転出（　　市・町・県へ）・その他（　　）	
変更／喪失年月日			年　月　日	

上記のとおり　変更／喪失　しましたので届けます。

令和　　年　　月　　日

届出人　住所　　町　番地
丁目　番　号

氏名

鹿児島市長　下鶴　隆央　　殿

注

1　この届出には、必ず受給資格証を添えてください。

2　加入医療保険の変更の場合は、被保険者証を提示してください。

3　対象者本人署名の場合は、押印は必要ありません。