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 届
資格喪失

後期高齢	一般	対象者氏名	鹿児島　太郎
受給資格証番号	１２３４５６７８	生年月日	○年　△月　×日

住所や氏名が変更の場合記入

健康保険が変更の場合記入

		新			旧		
変更事項	住所	山下　町　丁目　１２番　１号			山下　町　丁目　１１番　１号		
	氏名	鹿児島　太郎			鹿児島　太郎		
保険者	住所	山下　町　丁目　１２番　１号			山下　町　丁目　１１番　１号		
	氏名	鹿児島　花子	対象者との続柄	母	鹿児島　花子	対象者との続柄	母
加入医療保険	記号	12345678	番号	１	記号	１２	番号	３４５
	被保険者氏名	鹿児島　花子	対象者との続柄	母	鹿児島　太郎	対象者との続柄	本人
	保険者名称	全国健康保険協会鹿児島支部	附加		鹿児島市国民健康保険	附加	
	保険者コード	０１４６００１３	有・無		４６００１４	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　山下　町　丁目　１２番　１号

氏名　鹿児島　花子

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。