様式第8(第13条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 母子・父子家庭等医療費受給資格 | 変更喪失 | 届 | 　　　　　　　太枠の中を記入してください。 |
| 令和　　年　　月　　日　　鹿児島市長　殿 |
| 　　届出人　住所　鹿児島市 | 丁目町 | 番号番地 |
| 　　　　　　氏名 | 　　　自宅　　　　　　―　　　　　　―電話　携帯　　　　　　―　　　　　　―　　　【　　　】　　　　　　―　　　　　　― |
| 　下記のとおり、資格を変更・喪失しましたのでお届けします。 |
| 受給者番号 | 　 | 受給者氏名 | □母　□父　□養育者 |
| 　 | 新 | 旧 |
| 住所 | 氏名 | 　 |
| 鹿児島市 | 丁目町 | 番号番地 |
| 方書同居家族(有・無)異動日　令和　　年　　月　　日 |
|
|
| 加入医療保険 | 氏名 | 　 |
| 保険者名 | 　　　　　　　　　　(国保組合・健保組合・共済組合)全国健康保険協会　　　　　　　　　支部 |
| 記号　　　　　　　　　　　　　番号被保険者(世帯主、組合員)氏名資格取得日 平成・令和　　　年　　月　　日 |
| 振込先口座 | 金融機関名　　　　　　　　　　(銀行・信金・信組・労金・農協)支店名　　　　　　　　　　　　(本店・支店・その他)種別　　普通　　口座番号名義人カナ氏名　　　　　　　 変更日 令和　　年　　月　　日 | 　 |
| 連絡先 | 自宅・携帯・連絡先　　　(　　　　　―　　　　　―　　　　　)連絡先名変更日 令和　　年　　月　　日 | 　 |
| 氏名 | 変更日 令和　　年　　月　　日 | 　 |
| 児童増員 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄生年月日 平成・令和　　年　　月　　日取得事由　　　　　　　　　　 発生日 令和　　年　　月　　日 | 処理欄 |
| 認定保留　　　年　　月　　日処理日　　　　年　　月　　日(増員認定・却下)取得日　　　　年　　月　　日 |
|
| 基本情報児童 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄監護状況(同居・別居)重度障害(有・無)　　　　　　　変更日 令和　　年　　月　　日 |
|
|
| 扶養義務者増減 | (増員・減員)氏名　　　　　　　　続柄　　　個人番号　　　　　　　　　　※私は、資格認定又は助成額の決定に関して、地方税関係情報について取得し、又は確認されることに同意します。 | 扶養義務者所得額　　　　　　円扶養人数　　　　　　人　　　所得判定申立保留　　　年　　月　　日処理日　　　　年　　月　　日(生計分離・同一)期間　　年　月　～　年　月まで(停止・支給) |
|
|
| その他 | 変更日 令和　　年　　月　　日 |
| 資格喪失 | (全部・一部)理由発生日 令和　　年　　月　　日 | 喪失日　　　　年　　月　　日返還(有・無)　　　　　　　　円返還対象期間　　年　　月　～　年　　月診療分 |
| 受付日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 処理者 | 　 | 受給者証受領確認 | 　 |
| 注　1　この届書には、必ず受給者証を添えること。　2　加入医療保険を変更した場合は、被保険者証を提示すること。 | 　 | 　 |