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。 | | | | | | | | | | | | | |  |  |