

乳幼児医療費受給資格

変更届 喪失届

平成 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 - -
連 絡 先 () - -

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。

太
枠
の
中
を
記
入
し
て
く
だ
さ
い。

受 給 者 氏 名		受 給 者 番 号	
乳 幼 児 氏 名		生 年 月 日	平成 年 月 日

		新	旧
資 格 変 更 事 由	受給者	変更日 平成 年 月 日	
	加入医療保険	保険者名 <input style="width: 100%;" type="text"/> 記 号 <input style="width: 50%;" type="text"/> 番 号 <input style="width: 50%;" type="text"/> 被保険者名 <input style="width: 100%;" type="text"/> 資格取得年月日 平成 年 月 日	
	振込先口座	金融機関 <input style="width: 50%;" type="text"/> 支 店 <input style="width: 50%;" type="text"/> 種別 (普通 ・ 当座) 口座番号 <input style="width: 100%;" type="text"/> 名義人カナ <input style="width: 100%;" type="text"/> 変更日 平成 年 月 日	
	課税状況	() 年度 () 月診療分から (課税 ・ 上位課税 ・ みなし課税 ・ 未申告 ・ 非課税) 変更日 平成 年 月 日	
	その他	自宅 ・ 携帯 ・ 連絡先 (- -) 連絡先名 <input style="width: 100%;" type="text"/> 変更日 平成 年 月 日	

資格喪失事由	転 出 (県内 ・ 県外) 転出予定日 平成 年 月 日	処 理 欄
	死 亡 重心保護開始 母子医療開始 施設入所 生活保護開始 そ の 他 事由発生日 平成 年 月 日	喪 失 日

受 付 日	
-------	--

受給者証受領印

- 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。