

母子・父子家庭等医療費受給資格変更届

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

届出人 住所 鹿児島市

丁目
町

番
番地

号

氏名

電話

自
携
【

宅
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	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 養育者
	新		旧
住所	氏名 鹿児島市 丁目 町 番 番地 号 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
児童基本情報	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		処理日 年 月 日(増員認定・却下) 取得日 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
その他	変更日 令和 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)
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

太
枠
の
中
を
記
入
し
て
く
だ
さ
い。

注

- この届書には、必ず受給者証を添えること。
- 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。

処理者	受給者証受領確認