

太子町重度障がい者医療費受給資格変更・喪失届

年 月 日

太子町長 様

申請者 住 所.....
 (保護者) 氏 名.....
 受給者との続柄.....
 電話番号.....

次のとおり（変更・喪失）しましたのでお届けします。

受 給 者 番 号									
届 出 事 由		変 更 後			変 更 前				
変 更 事 由	受給者	住 所							
		氏 名							
	保護者	住 所							
		氏 名							
	加 入	保 険 者 の 名 称							
		保 険 者 の 住 所							
	医 療 保 険	記 号 番 号							
		附 加 給 付	有 ・ 無			有 ・ 無			
	由	被 保 険 者 の 氏 名							
		被 保 険 者 の 住 所							
そ の 他									
住所地利例適用開始		施 設 名							
		所 在 地							
		電 話 番 号							
変 更 該 当 年 月 日		年 月 日							
喪失事由	1 死亡 2 転出 3 医療保険脱退 4 生活保護の開始 5 障がい非該当 6 所得制限 7 他公費移行 8 その他 ()								
	喪 失 該 当 年 月 日		年 月 日						

町 処 理 欄				証 回 収		受 付
				処 理 者		