

八戸市乳幼児等医療費受給資格変更等届

年 月 日

(あて先) 八戸市長

(保護者) 住 所

フリガナ
氏 名

印

電 話 ()

次のとおり 受給資格証の記載事項に変更が生じたので 届け出ます。
給付要件に係る事実が消滅したので

| | | |
|-------------------------|----------------|---------------|
| 〔受給資格証番号〕 八戸市 第 号 | フリガナ 乳幼児等氏名 | 生年月日 年 月 日 |
|-------------------------|----------------|---------------|

| 1 変更 | | 異動日 | 年 月 日 | | |
|-----------------------|-------------|-----|-------|----|----|
| | | 新 | | 旧 | |
| □ 対 象 者 | 住 所 | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | | | | |
| □ 加 入 保 険 | 保険証記号番号 | 記号 | 番号 | 記号 | 番号 |
| | 保 険 者 名 称 | | | | |

| 2 消滅 | | 消 滅 日 | 年 月 日 | |
|---------|-----------------------------------|-------|-------|--|
| 消 滅 事 由 | 1 / へ転出 2 保険喪失 3 生活保護受給 4 その他 () | | | |

| |
|-----------------------------------|
| 保険未加入期間 (有・無) 平成 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|-----------------------------------|

| |
|----------------------|
| 受診の有無 (有・無) 受診病院名 |
|----------------------|