

医療費助成制度 受給資格取得・変更・終了届

被保険者番号	記 号		番 号		
被保険者氏名	(フリガナ)			生 年 月 日	S・H・R
				年 月 日	
受給対象者	(フリガナ)		被保険者との続柄	生 年 月 日	S・H・R
				年 月 日	
	(フリガナ)		被保険者との続柄	生 年 月 日	S・H・R
				年 月 日	
	(フリガナ)		被保険者との続柄	生 年 月 日	S・H・R
				年 月 日	
取得・変更・終了年月日		H・R 年 月 日			
届出の理由 (いずれかにチェック)		☐ 取得 ☐ 変更 ☐ 終了			
【資格取得・変更の場合は、受給証(写)をこちらに貼付ください】 (資格終了の場合は通知を貼付ください。終了通知がない場合は、市役所に終了日を確認いただき、市役所名・課・担当者名をご記入ください)					

事務長	担当	担当

