

障

ひ

子

医療費助成受給資格（ 変更・喪失 ）届出書

※太枠内を記入してください。

(宛先) 河内長野市長		年	月	日
申請者 住所				
氏名				
電話（自宅・携帯）（ ） -				
対象者との続柄				
☐ 本人 ☐ 同居の親族（続柄： ） ☐ 成年後見人				
※その他の場合は、原則委任状の提出が必要です。				

対象者					
①	フリガナ		受給者番号		
	氏名				
	生年月日	年	月	日	加入健康保険資格取得年月日
②	フリガナ		受給者番号		
	氏名				
	生年月日	年	月	日	加入健康保険資格取得年月日
③	フリガナ		受給者番号		
	氏名				
	生年月日	年	月	日	加入健康保険資格取得年月日
④	フリガナ		受給者番号		
	氏名				
	生年月日	年	月	日	加入健康保険資格取得年月日

申請者本人 確認書類	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他（ ）
---------------	--

変更（※変更のあった項目の左欄をチェック）					
☐	フリガナ				
	氏名				
☐	保護者				
☐	住所	☐ 申請者と同じ			
☐	加入健康保険（※）	被保険者	住所	☐ 申請者と同じ	
		氏名	☐ 申請者と同じ	続柄	☐ 本人
		記号		番号	
		保険者番号			
		保険者名称			

(※) 資格取得年月日は、各対象者の保険資格取得年月日欄に記入すること。

喪失				
転出	転出先住所			
	携帯電話	（ ） -		
	転出予定日	年	月	日 実定日 年 月 日
死亡	死亡日	年	月	日

喪失届出に関する市役所確認欄

喪失後の証使用（有・無）	医療費の返金説明（済・未）
証回収日（ 年 月 日）	証期限切記入（ 年 月 日まで）
証回収用封筒交付日（ 年 月 日）	自動償還口座変更届受付日（ 年 月 日）
備考：	

異動 年月日	年	月	日
届出事由等			
変更	☐ 市内転居 ☐ 保険変更 ☐ 氏名変更 ☐ 保護者変更 ☐ その他 		
	☐ 転出 ☐ 死亡 ☐ 生保開始 ☐ 保険喪失 ☐ 他公費制度へ移行 ☐ 婚姻（82のみ） ☐ その他※メモ要 		
喪失			
チェック欄	受付者サイン		確認者サイン
	窓1	窓2	職 委託 職