様式第６号（第14条関係）

資格事項（喪失）届

　　年　　月　　日

岸和田市長　様

届出者 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療助成の別 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　 | 変更前 | 変更後 |
| ①フリガナ氏名 |  |  |
| （個人番号　　　　　　　　　　　） |  |
| ②生年月日 | 　年　　月　　日生 |  |
| ③住所 |  |  |
| ④医療保険の加入状況 | （被保険者・組合員又は世帯主の氏名） |  |
| （被保険者・組合員又は世帯主の住所） |  |
| （被保険者・組合員又は世帯主の記号番号) |  |
| （資格取得日） |  |
| （保険区分） |  |
| （保険者の名称）（保険種別　　　　　 　　 　　）（番号　　　　　　 　　　 　　） | （保険種別　　　　　 　 　　　）（番号　　　　　　　　　　　　） |
| ⑤届出事由 |  | □　転出□　保険資格喪失□　他の医療費公費負担制度へ移行□　生活保護開始□　死亡□　その他の資格喪失（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 喪失年月日 |  　　年　　月　　日 |
| 受給者番号 |  |  |