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 |  | |  | |