

- 重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給資格変更・喪失届【様式第10号（第9条関係）】
- 乳幼児等等医療費受給資格変更・喪失届【様式第7号（第7条関係）・様式第8号（第8条関係）】
- 児童生徒等医療費受給資格変更・喪失届【様式第7号（第9条関係）・様式第8号（第10条関係）】

	変 更 後	変 更 前	事 由
受給者番号			1. 変 更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 町内の転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他 [ ] 上記事由の発生日 ( 年 月 日)  2. 喪 失 <input type="checkbox"/> 他市町村への転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入資格の喪失 <input type="checkbox"/> 18歳の3月末日 <input type="checkbox"/> 20歳の誕生日 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 [ ] 上記事由の発生日 ( 年 月 日)
氏 名	(子)		
	(子)		
	(子)		
生年月日	明・大・昭・平		
住 所	南幌町		
個人番号			
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)		
	(被保険者証又は組合員証の記号番号)		
	(被保険者、組合員又は世帯主との続柄)		
	(保険者の名称)		
	(保健者番号 )		
	(保険者の所在地)		

上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。

平成 年 月 日

住 所 南幌町  
(居住地)  
氏 名

印

南 幌 町 長 様