資格内容変更（資格喪失）届

別記第６号様式（第５条関係）

　　　年　　月　　日

　　　砂川市長 様

住　所　砂川市

届出人　氏　名

電　話

　　下記のとおり資格に変更（喪失）がありましたのでお届けします。

記

①　受給者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　　　分 | 受給者証番号 | 氏　　　　　名 |
| 重度・障老・子ども・ひとり親家庭等 | 第　　　　　　　　　号 |  |

②　住所、氏名、医療保険の変更

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　　分 | | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 | | | | | | | | | | | | 変更年月日 |
| 住所 | | 砂川市 | 砂川市 | | | | | | | | | | | |  |
| 氏名 | |  |  | | | | | | | | | | | |  |
| 医療保険 | 被保険者 |  |  | | | | | | | | | | | |  |
| 受給者との続柄 |  |  | | | | | | | | | | | |  |
| 記号番号 |  |  | | | | | | | | | | | |  |
| 保険者名称 |  |  | | | | | | | | | | | |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

③　手帳情報の変更（重度医療の場合）　　　　　　※個人番号は被保険者に変更がある場合のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　　分 | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 | 変更年月日 |
| 身障・精神・療育 |  |  |  |

④　所得課税状況の変更

|  |
| --- |
| 区分変更　□ あり 初→課 ／ 課→初（　　年　　月　　日～　交付　　年　　月　　日） □ なし |
| 理由　１　修正申告のため　　　２　世帯員減のため（氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　世帯員増のため（氏名：　　　　　　　　　　　個人番号：　　　　　　　　　　　　　）  　　　４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

⑤　資格喪失

|  |  |
| --- | --- |
| 理　　　　　由 | 処　　理　　日 |
| １ 転出　　２ 死亡　　３ 生保移行  ４ 他公費移行（ 重度 ・ ひとり親 ・ 子ども ）  ５ 医療保険加入資格の喪失  ６ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | 資格喪失日（　　　年　　月　　日 ）  事由発生日（　　　年　　月　　日 ）  証回収日（　　　年　　月　　日・未回収 ） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 係 | 係長 | 課長補佐 | 課長 |
|  |  |  |  |