

資格内容変更（資格喪失）届

平成 年 月 日

砂川市長 様

住所 砂川市  
届出人  
氏名

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

住所、氏名、保険者の変更

区 分		変 更 前	変 更 後	変 更 年 月 日
受給者	受給者証記号番号	第 号	第 号	
	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			
	種 別			
	記 号 番 号			
	発 行 機 関 名			

所得状況の変更

別紙受給者証交付申請書の所得状況欄どおり	理 由
----------------------	-----

資格喪失の理由

受給者証記号番号	第 号	氏 名				
1 転出のため 2 国民健康保険の被保険者でなくなったため 3 健康保険等の被扶養者でなくなったため 4 死亡したため 5 その他		事由発生年月日 ( 年 月 日 )				
		係	係長	補佐	課長	