



受付者	確認者
-----	-----

子 ど も  心身障がい者  母子・父子家庭  精神障がい者

**医療費受給資格(変更・喪失)届**

令和 年 月 日

豊田市長 様 届出者 住所 豊田市

氏名 電話 ( ) -

受給者番号		受給者氏名	
		( 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生 )	
届出の事由	変更・喪失年月日	変 更 前	変 更 後
<input type="checkbox"/> 死亡 (101)	年 月 日		※保険変更は必ずこの届出書の裏面に新しい健康保険証のコピーをすること
<input type="checkbox"/> 転出 (102)	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 退院 (104)	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 結婚 (106)	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 保険変更 ※	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 住所変更	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 氏名変更	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 保護者変更	年 月 日		
<input type="checkbox"/> その他	年 月 日		
事実婚 (113)			
施設入所 (114)			
非監護 (115)			
保険喪失 (118)			
他制度該当 (105)			
旧受給者証	年 月 日	回収 ・ 未回収 ※ただし、	年 月 日 期限内で発行済