様式第７号（第１０条、第１１条関係）

受付印

受付者	入力者	確認者

医療費受給資格（変更・喪失）届

豊田市長　様

豊田市医療費助成条例第１３条の規定により、次のとおり届け出ます。

届出者　住所

氏名　　電話（　　）　－

個人コード	受給者氏名
受給者番号	生

届出の事由	変更・喪失年月日	変更前	変更後
□死亡　（１０１）	年　月　日		※保険変更は、裏面に資格確認書類のコピーをする又は、以下に保険資格内容を記載すること
□転出　（１０２）	年　月　日		
□退院　（１０４）	年　月　日		
□結婚　（１０６）	年　月　日		
□保険変更　※	年　月　日		
□住所変更	年　月　日		
□氏名変更	年　月　日		
□保護者変更	年　月　日		
□その他 事実婚 施設入所　(114) 非監護　(115) 保険喪失　(118) 他制度該当(105)	年　月　日		保険者番号 保険者名 記号・番号 **被保険者名**
旧受給者証	年　月　日　回収　・　未回収　※ただし、　年　月　日期限で発行済・封筒渡し済		