

資格事項変更・喪失届

令和 × 年 ○ 月 △ 日

（あて先）大東市長

（届出者）住所 **大東市谷川1-1-1**

氏名 **大東 太郎**

対象者との続柄 （ 父 ）

電話番号 **〇〇〇-△△△△-□□□□**

**\* 医療証をお持ちの方の情報を記載してください。**

次のとおり届け出します。

医療助成の別	子ども	受給者番号	1 2 9 3 4 5 6
	変更後		変更前
フリガナ 受給者氏名		<b>ダイトウ ハナコ</b>	<b>大東 花子</b>
生年月日	年 月 日	<b>令和2年 5月 5日</b>	
住 所		<b>大東市谷川1-1-1</b>	
	（被保険者等氏名）	<b>大東 太郎</b>	
	（被保険者等住所）	<b>大東市谷川1-1-1</b>	
	（記号・番号） <b>〇〇〇〇 □□□</b>	<b>×××××××× △△△△</b>	
医療保険の 加入状況	（被保険者等との続柄）		
	（保険者の名称） <b>〇〇健保</b>	<b>全国健康保険協会 大阪支部</b>	
	（保険種別） <b>組合健保</b>	<b>協会けんぽ</b>	
	（保険者番号） <b>〇6××××××</b>	<b>01270016</b>	
	（保険者の所在地）	<b>〇〇市〇〇 △丁目×番◇号</b>	<b>大阪市西区靱本町1丁目11番7号 信濃橋三井ビル6階</b>
	（資格取得日）	<b>令和2年5月5日</b>	
届出事由	<b>* 記載方法が不明な場合はお問い合わせ いただくか空けておいてください。</b>		

**\* 変更箇所のみ記載  
してください。**