

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 (**本人**)

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 | 重度障害者 | 受給者番号 | 0123456 |
|---------------|---|----------------------|---------------------------------------|
| | 変更後 | | 変更前 |
| フリガナ 受給者氏名 | | ダイトウ タロウ | 大東 太郎 |
| 生年月日 | 年 月 日 | 昭和26年 6月 6日 | |
| 住 所 | | 大東市谷川1-1-1 | |
| | (被保険者等氏名) | 大東 太郎 | |
| | (被保険者等住所) | 大東市谷川1-1-1 | |
| | (記号・番号) 大国〇〇〇 □□□□□ | ×××××××× △△△△ | |
| 医療保険の 加入状況 | (被保険者等との続柄) | | |
| | (保険者の名称) 大東市国保 | 全国健康保険協会 大阪支部 | |
| | (保険種別) 国保一般 | 協会けんぽ | |
| | (保険者番号) 270199 | 01270016 | |
| | (保険者の所在地) | 大東市谷川1丁目1番1号 | 大阪市西区靱本町1丁目11番7号 信濃橋三井ビル6階 |
| | (資格取得日) | 令和4年 7月 1日 | 令和2年5月5日 |
| 届出事由 | * 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。 | | |

*** 変更箇所のみ記載
してください。**