

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	ひとり親家庭	受給者番号	9123421
	変更後	変更前	
フリガナ 受給者氏名		ダイトウ ハナコ	大東 花子
生年月日	年 月 日	令和1年11月11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) 〇〇〇〇 □□□	×××××××× △△△△	
医療保険の 加入状況	(被保険者等との続柄)		
	(保険者の名称) 〇〇健保	全国健康保険協会 大阪支部	
	(保険種別) 組合健保	協会けんぽ	
	(保険者番号) 06××××××	01270016	
	(保険者の所在地)	〇〇市〇〇 △丁目×番◇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。**