

様式第 6 号（第 1 3 条関係）

資格事項変更・喪失届

年 月 日

（あて先）大東市長

（届出者）住所
氏名
対象者との続柄 （ ）
電話番号

次のとおり届け出します。

医療助成の別		受給者番号	
	変 更 後	変 更 前	
フリガナ 受給者氏名			
生年月日	年 月 日		
住 所			
医療保険の 加 入 状 況	（被保険者等氏名）		
	（被保険者等住所）		
	（記号・番号）		
	（被保険者等との続柄）		
	（保険者の名称） （保険種別） （保険者番号）		
	（保険者の所在地）		
	（資格取得日） 年 月 日		
届出事由			