

高 石 市 長 宛

平成 年 月 日

86:こども

届出人	住所	高石市	丁目	番	号
	氏名				
対象者	住所	高石市	丁目	番	号
	氏名				
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日
	医療証番号				

次のとおり 変更・喪失 しましたのでお届けします。

変更・喪失		変 更 後		変 更 前		
I 変 更 事 由	1. 住 所	高石市	丁目	番	号	
	2. 氏 名					
	3. 世 帯 主					
	4. 保 険 者	名 称				
		(保険者番号)				
		所 在 地				
		給付内容				
	被 保 険 者	氏 名				
		住 所				
		記号・番号				
II 喪 失 事 由	1. 死 亡					
	2. 転 出	転 出 先				
	3. 付加給付 被保険者該当	保 険 者 名 ・ 番 号				
		記号・番号				
4. そ の 他						
III	変更・喪失(該当)年月日	平成	年	月	日	
	備 考					

台 帳	払出簿	医療証	電 算