様式第7号（第7条関係）

# 資格に関する変更・喪失届

高　石　市　長　　宛

令和　　年　　月　　日

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 届出人 | 住所 | 高石市　　丁目　　番　　号 | | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | |
| □ 86：こども | 対象者 | 住所 | 高石市　　丁目　　番　　号 | | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 平成・令和　　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 | | 高石市　　丁目　　番　　号 | |
| | 2. 氏　名 | | | | | | |
| | 3. 世帯主 | | | | | | |
| | 4 保険変更 | 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・令和　　年　　月　　日 | | | |
| 備　考 | | | | | | | |

| 台　帳 | 払出簿 | 医療証 | 電　算 |
|---|---|---|---|
| | | 月　日<br>返却<br>返却依頼<br>返却押印 | 月　日 |