□乳幼児
□重度心身障害者等
□ひとり親家庭等
□子ども

医療費受給資格内容変更届

変更・喪失の年月日　　年　　月　　日

対象者	氏名		受給者番号
	生年月日		
	氏名		受給者番号
	生年月日		
	氏名		受給者番号
	生年月日		

※氏名の変更	旧氏名			
	新氏名			

※住所の変更	旧住所	さぬき市			
	新住所	さぬき市			

※保険の変更	保険の種類	1. 協会　2. 組合　3. 船員　4. 日雇　5. 国公　6. 地公　7. 私学 8. 市国保　9. 国組　10. 医国　11. 薬国			
	健康保険証	保険者番号			
		記号		番号	

※口座振替先	銀行 農協 金庫 組合	本店 支店 出張所	普通	口座番号	名義人

※ 保護者 扶養義務者 保険世帯員 の変更	旧氏名			
	新氏名			
	個人番号			

※資格喪失	1.市外に転出 （ 転出先 ： ）
	2.生活保護受給
	3.その他 （具体的理由 ： ）

※該当する変更(喪失)欄にご記入ください。

市民税等の所得状況を調査することに同意します。

医療費助成に係る { □申請事項が変更 / □受給資格が喪失 } しましたので届け出ます。

年　　月　　日

さぬき市長　殿

住　所　さぬき市

昼間連絡のとれる電話　（　　）

氏　名