

沖縄市重度心身障がい者(児)医療費助成受給資格登録変更・喪失届

窓口に来られた方

住所 沖縄市

電話番号

受給資格者番号		受給資格者氏名	生年月日
変更事項		旧	新
対象者	氏名		
	住所		
	変更年月日	年	月 日
加入医療保険	被保険者氏名		
	記号・番号		
	(保険者番号) 保険者名称		
	資格取得日		年 月 日
口座情報	金融機関本・支店名	・	
	番号		
	名義人(カタカナ)		
資格喪失	理由	1. 転出(住所 電話) 2. 生活保護受給 3. 死亡 4. その他 ()	
	喪失日	年	月 日
備考			