

高校生等医療費受給資格事項変更（喪失）届

由布市長

殿

申請者（保護者）

住所

氏名

㊟

子ども（高校生等）

氏名

変 更 の 場 合	1 変更の事項	
	(1) 住所 (2) 氏名 (3) 加入保険 (4) その他 ()	
	2 変更年月日	
	年 月 日	
3 変更内容		
	変 更 前	変 更 後

喪 失 の 場 合	1 喪失の理由	
	(1) 市外に転出	
	(2) 生活保護受給	
	(3) (ひとり親家庭等医療費助成 ・ 重度心身障害者医療費助成) の受給	
(4) 高校生等が (就職 ・ 婚姻) した		
(5) その他 ()		
2 喪失年月日		
年 月 日		
	有 効 期 間	年 月 日まで有効

☆記入押印に代えて署名することができます。