

様式第11号(第10条関係)

資格内容変更(喪失)届

医療証番号		第	号
区分		変更前	変更後
対象者	住所		
	氏名		
加入社会	保険種類		
	保険証の番号		
	被保険者世帯主		
保険関係	所在地		
	名称		
附加給付等			
内容変更の理由			
変更年月日		変更・喪失	年月日

上記のとおり変更・喪失しましたのでお届けします。

年 月 日

酒田市長 様

受理年月日	
-------	--

(住所)酒田市

届出者 (氏名)

(続柄) _____ (電話番号) _____

この届書には、医療証(社会保険関係の被保険者証を確認)を添付すること。