

様式第13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 号 記 号 番 号		
	被 保 険 者 世 帯 主		
保 険 関 係	保 所 在 地		
	險 者 名 称		
附 加 給 付 等			
内 容 変 更 喪 失 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。