様式第８号（第11条関係）

西原町重度心身障害者(児)医療費受給資格者異動届書

年　　月　　日

西原町長　殿

住　所
届出人
氏　名
受給者　氏名

受給者番号 | | | | | | | |

下記のとおり変更・喪失がありましたので、お届けします。

１　変更事項(該当するものを○で囲む。)
（１）　住所　　（２）　氏名　　（３）　加入健康保険
（４）　口座　　（５）　その他（　　）

２　喪失事項（該当するものを○で囲む。）
（１）　転出　　（２）　死亡　　（３）　その他
（　　）

３　変更・喪失内容

異　動　年　月　日	異　　動　　前	異　　動　　後
年　　月　　日		