

## 福祉医療費受給資格等変更届

年 月 日

中津川市長 様

住所 \_\_\_\_\_

届出人 氏名 \_\_\_\_\_

(電話)

下記受給資格者について、次のとおり変更がありましたのでお届けします。

|              |               |  |   |         |   |  |
|--------------|---------------|--|---|---------|---|--|
| 受給者証の<br>種類等 |               | 下記のうち該当する番号を○で囲んでください。   |   | 受給資格者番号 |   |  |
|              |               | 1. 乳幼児等                      3. 母子家庭等<br>2. 重度心身障害者              4. 父子家庭 |   | —       |   |  |
| 項 目          |               | 新  |   | 旧       |   |  |
| 受給資格者        | 氏 名           |  |   |         |   |  |
|              | 住 所           |  |   |         |   |  |
|              | 変更年月日         | 年 月 日  |   |         |   |  |
| 加入<br>保<br>険 | 記号番号          |  |   |         |   |  |
|              | 保<br>険<br>者   | 名 称  |   |         |   |  |
|              |               | 所在地  |   |         |   |  |
|              | 被保険者証の<br>種類  |  | 1. 退職              2. 特例退職<br>3. 日雇特例        4. その他 |         | 1. 退職              2. 特例退職<br>3. 日雇特例        4. その他 |  |
|              | 被保険者<br>本人氏名  |  |   |         |   |  |
|              | 受給資格者<br>との続柄 |  |   |         |   |  |
|              | 変更年月日         |  | 年 月 日   |         |   |  |
| 身障手帳等        |               |  |   |         |   |  |
| 支払場所の<br>指 定 |               | 金融機関名  | 口座名義  | 金融機関名   | 口座名義  |  |
|              |               | 支店   |   | 支店      |   |  |
|              |               | 口座種別   | 口座番号  | 口座種別    | 口座番号  |  |
|              |               | 普通・当座  |   | 普通・当座   |   |  |