

記入例

様式第8号（第6条関係）

福祉医療費受給資格等変更届

令和〇年〇月〇日

中津川市長 様

中津川市かやの木町2-1

住所

届出人 氏名 **中津 花子**

※該当する制度に〇をつける

(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。

受給者証の種類等	下記のうち該当する番号を〇で囲んでください。		受給資格者番号		
	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;"> 1. 乳幼児等 3. 母子家庭等 2. 重度心身障害者 4. 父子家庭 </div>		■06 — 		
項目	新		旧		
受給資格者	氏名	中津 花子			
	住所	中津川市かやの木町2-1			
	変更年月日	年 月 日			
加入保険	記号番号	1234-2222-05			
	保険者	名称	〇〇健康保険組合		
		所在地	〇〇市〇〇町×-×		
	被保険者証の種類	1. 退職 2. 特例退職 3. 日雇特例 4. その他	1. 退職 2. 特例退職 3. 日雇特例 4. その他		
	被保険者本人氏名	中津 花子			
	受給資格者との続柄	本人			
	変更年月日	令和 〇年 〇月 〇日			
身障手帳等					
支払場所の指定	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			

変更箇所を記入