

記入例
(加入保険変更の場合)

福祉医療費受給資格等変更届

提出する日を記入

令和〇年 〇月 〇日

中津川市長 様

住所 中津川市〇〇町△-□

届出人 氏名 中津 太郎

(電話) 〇〇〇-△△-〇〇〇〇

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○で囲んでください。 ① 子 ども 2. 重度心身障害者 3. ひとり親家庭等		受給資格者番号 ■06-12345678	個人番号	
項目	新		旧		
受給資格者	氏名	中津 花子			
	住所	中津川市〇〇町△-□			
	変更年月日	年 月 日			
加入保険	記号番号	23456789-45 (枝番2)			
	保険者	名称	〇〇健康保険組合		加入保険変更 ◆保険証等を見ながら記入してください 変更年月日 ・資格取得年月日 ・認定年月日 等
		所在地	〇〇市△△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. 3.	
	被保険者本人氏名	中津 太郎			
	受給資格者との続柄	父			
	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	◆必要な書類 ➤ 加入保険変更の場合（下記のいずれかの写し） ・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・マイナポータル「医療保険の資格情報」画面 ・従来の保険証 ➤ 振込口座変更の場合 口座のわかるもの (通帳、キャッシュカード等)		
	支店				
	口座種別	口座番号			
	普通・当座				