

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。	受給資格者番号	個人番号
項目	1. 子 ども 2. 重度心身障害者 3. ひとり親家庭等	81234567-1234567	
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	受給資格者番号は 公費負担者番号と 受給者番号を記入してください	
加入保険	記号番号 23456789-45 (枝番2) 保 険 者 名 称 ○□健康保険組合 所在地 ○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 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	加入保険変更 ◆保険資格確認証等を見ながら 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	
身障手帳等	◆必要な書類		
支払場所の指定	金融機関名 支店 口座種別 普通・当座	➤ 健康保険の情報のわかるもの（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	