

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 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
	1. 子ども 2. 重度心身障害者 3. ひとり親家庭等		—	
項 目		新	旧	
受給資格者	氏 名			
	住 所			
	変更年月日		年 月 日	
加 入 保 険	記号番号			
	保 険 者	名 称		
		所在地		
	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			
	受給資格者との続柄			
	変更年月日		年 月 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	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	普通・当座	普通・当座