

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	
	① 子 ども 2. 重度心身障害者 3. ひとり親家庭等	■06-12345678		
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		◆必要な書類		
支払場所の指定	金融機関名	口座名義	▶ 加入保険変更の場合 保険証の写し ▶ 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	普通		