

福祉医療費受給資格等変更届

年 月 日

郡上市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

届出人 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次の受給資格者について、以下のとおり変更があったので、届け出します。

受給資格者氏名		受給資格者番号		受給者証の種類		
(フリガナ)				1. 乳幼児	4. 重度	
		生 年 月 日		2. 小学生	5. 母子	
個人番号		年 月 日		3. 中学生	6. 父子	
項 目		変 更 後		変 更 前		
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	記号	番号	記号	番号	
	保 険 者	名 称				
		所在地				
	被保険者証の種類	1. 特例退職 2. 日雇特例 3. その他		1. 特例退職 2. 日雇特例 3. 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					
障害者手帳等	手帳等級等					
	変更年月日	年 月 日				
支払場所の指定	口座内容等	金融機関名・支店名	口座名義 (ｶ)	金融機関名・支店名	口座名義 (ｶ)	
		口座種別	口座番号	口座種別	口座番号	
	普通・当座		普通・当座			
	変更年月日	年 月 日				