

福祉医療費受給資格等変更届

〇〇年 〇月 〇日

郡上市長 様

住所 郡上市〇〇町〇〇番地

届出人 氏名 郡上 一郎 (印)

電話番号 〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

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) ガジヨウ タウ		〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇		1. 乳幼児 4. 重度									
郡上 太郎		生年月日		2. 小学生 5. 母子									
		〇〇年〇〇月〇〇日		3. 中学生 6. 父子									
個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
項	目	変更後				変更前							
受給資格者	氏名	郡上 太郎				八幡 太郎							
	住所	〇〇町〇〇番地 〇〇〇〇 住宅 〇〇号室				△△町△△番地							
	変更年月日	〇〇年〇〇月〇〇日											
加入保険	記号番号	記号	〇〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	記号	〇〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇				
	名称	〇〇健康保険組合				〇〇市国民健康保険							
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地				△△市△△町△△番地							
	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	郡上 一郎				郡上 平吉							
	受給資格者との続柄	父				祖父							
障害者手帳等	手帳等級等	1 級				1 級							
	変更年月日	年 月 日											
支払場所の指定	金融機関名・支店名	〇〇銀行 〇〇支店		ガジヨウ タウ		△△銀行 △△支店		ガジヨウ タウ					
	口座名義 (か)	〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇					
	口座種別	普通・当座		普通・当座		普通・当座		普通・当座					
	口座番号	〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇					
	変更年月日	〇〇年〇〇月〇〇日											