

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 | | 〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇 | | 1. 乳幼児 4. 重度 | | | | | |
| 郡上 太郎 | | 生年月日 | | 2. 小学生 5. 母子 | | | | | |
| 個人番号 | | 〇〇年〇〇月〇〇日 | | 3. 中学生 6. 父子 | | | | | |
| 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. 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 | 郡上 一郎 | | | | 郡上 平吉 | | | |
| | 受給資格者との続柄 | 父 | | | | 祖父 | | | |
| 変更年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | | | | | | | | |
| 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 | |
| | 口座内容等 | 口座種別 | | 口座番号 | | 口座種別 | | 口座番号 | |
| | | 普通・当座 | | 〇〇〇〇〇〇 | | 普通・当座 | | 〇〇〇〇〇〇 | |
| | 変更年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | | | | | | | |