

福祉医療費受給資格等変更届

令和 年 月 日

郡上市長 様

住 所 _____

届出人 氏 名 _____ (印)

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	令和 年 月 日			
加入保険	記号番号	記号	番号	記号	番号
	保 険 者 名 称				
	保 険 者 所 在 地				
	被保険者証の種類	1. 退職 3. 日雇特例	2. 特例退職 4. その他	1. 退職 3. 日雇特例	2. 特例退職 4. その他
	被保険者本人氏名				
	受給資格者との続柄				
障害者手帳等	変更年月日	令和 年 月 日			
	手帳等級等				
支払場所の指定	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)	
	口座内容等				
	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	令和 年 月 日			