様式第８号（第６条関係）

福祉医療費受給資格等変更届

年　　月　　日

　　　美濃加茂市長　（氏名）　宛

　　　　　　　美濃加茂市

届出人　　住所

氏名

TEL

下記のとおり、受給者の記載事項に変更がありましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者証番号 |  |
| 受給資格者 | 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 変更前 | 変更後 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住所 | 　 | 　 |
| 加入保険 | 記号番号 |  | 　 |
| 保険者 | 名称 | 　 | 　 |
| 所在地 | 　 | 　 |
| 被保険者証種類 | 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 | 　 | 　 |
| 受給資格者との続柄 | 　 | 　 |
| 変更年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 身障手帳等 | 　 | 　 |
| 支払場所の指定 | 金融機関名 | 口座名義 | 金融機関名 | 口座名義 |
|  |  |  |  |
| 口座種別 | 口座番号 | 口座種別 | 口座番号 |
| 普通・当座 |  | 普通・当座 |  |