

# 福祉医療費受給資格等変更届

年 月 日

恵那市長 様

住所 \_\_\_\_\_

届出人 氏名 \_\_\_\_\_

(電話)      -      -

下記の受給資格者について、次のとおり変更がありましたのでお届けします。

受給者証の 種類		下記のうち該当する番号に○を 囲んでください。	受給資格者番号	個人番号
		1  子ども 2  重度心身障害者 3  母子家庭等 4  父子家庭		
項目		新	旧	
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			
	保 険 者	名称		
		所在地		
	被保険者証の 種類	1. 退職                      2. 特例退職 3. 日雇特別              4. その他	1. 退職                      2. 特例退職 3. 日雇特別              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	