

福祉医療費受給資格等変更・喪失届

年 月 日

(宛先)安曇野市長

下記のとおり届出をします。

(なお振込先変更の場合、受給資格者は下記口座へ振り込むことを承諾します。)

住 所 安曇野市.....

申請者 氏 名 ..... (続柄.....)

電 話 ..... (.....)

受給者番号		氏名		生年月日	年 月 日	事業番号	
					年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		
<b>変 更</b>							
事 項		変 更 後			変 更 前		
氏 名							
住 所							
加入医療保険	被保険者氏名						
	記号・番号	.			.		
	資格取得年月日	年 月 日			年 月 日		
	保 険 者 名 (保険者番号)						
	一部負担金割合						
振込先	金 融 機 関 名	銀行・信金 支店 信組・農協 支所 ( ) ( )			銀行・信金 支店 信組・農協 支所 ( ) ( )		
	口 座 番 号						
	フ リ ガ ナ						
	氏 名						
その他							
変更年月日		年 月 日			年 月 日		
<b>喪 失</b>							
喪失理由		死 亡 転 出			その他 ( )		
異動日 (理由発生年月日)		年 月 日					
備 考							

太枠の中をご記入ください。