

記載例

号（第6条関係）

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。

(住所変更の場合、受給資格者は下記口座へ振り込むことを承諾します。)

申請者の住所、氏名、続柄、
電話番号をご記入ください。

住所	安曇野市
氏名	(続柄)
氏電	()

受給者番号	氏名	生年月日	年月日	事業番号	
	氏名	生年月日	年月日		
	氏名	生年月日	年月日		
	氏名	生年月日	年月日		
	氏名	生年月日	年月日		
変 更					
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 信組・農協 ()	支店 支所 ()	銀行・信金 信組・農協 () 支店 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		
喪 失					
喪失理由		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転 出 <input type="checkbox"/> その他 ()			
異動日 (理由発生年月日)		年 月 日			
備 考					

該当される方の受給者番号、氏名、生年月日をご記入ください。

※ 太

- (1) 受給資格に該当しなくなったとき。
 - (2) 住所又は氏名に変更があったとき。
 - (3) 加入する医療保険に変更があったとき。
 - (4) 振込先口座に変更があったとき。
- に提出します。
変更、喪失について該当する箇所をご記入ください。