様式第４号（第６条関係）

福祉医療費受給資格等変更・喪失届受給資格等変更・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 |  |
| 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　　　　　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 |
| 喪　失 |
| 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。