

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

下記のとおりに届出をします。

(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。)

申請者の住所、氏名、続柄、
電話番号をご記入ください。

所名話
住氏電

安曇野市

(続柄)

()

受給者番号	氏 名	生年月日	個人番号※1	事業
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		

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	☐ 死 亡 ☐ 転 出 ☐ 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。

太枠の中

※1 加
も加入医
示又は写

- (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。

【添付書類】：健康保険被保険者であることが確認できる書類
(健康保険資格確認書等) の写し ※ただし、個人番号(対象
者全員分)を記入した場合、書類の添付は不要。

- (4) 振込先口座に変更があったとき。
【添付書類】:振込先口座(通帳)の写し