第11号様式(第14条関係)

福 祉 医 療 費 受 給 資 格 変 更 届

(障害者・一人親家庭等・子ども・妊産婦・精神障害者・65歳以上障害者)

令和　　年　　月　　日

(宛先)津市長

届出人(保護者等)

住 所

氏 名　　㊞

電 話

次のとおり　住所・氏名 / 保護者等 / 加入医療保険 / 振込口座 / 障害の状況 / 送付先　に変更がありましたので、受給資格証を添えて届け出ます。

受給資格証の番号	
対象者氏名	

変更の内容			変更後		変更前
住所					
氏名					
保護者等	住所				
	氏名				
	個人番号				
加入医療保険	記号・番号				
	被保険者(組合員世帯主)	氏名		受給者との続柄	
		個人番号			
		住所			
	保険種別		1国保 2協会 3組合 4日雇 5船員 6共済 7後期		1国保 2協会 3組合 4日雇 5船員 6共済 7後期
	資格取得(認定)年月日				
	所在地				
	名称				
	保険者番号				
振込口座	金融機関名 / 金融機関コード		銀行 信用金庫 農協 支店 出張所		銀行 信用金庫 農協 支店 出張所
	フリガナ / 名義人				
	口座番号		普通・総合 当座		普通・総合 当座
障害の状況					

処理	添付書類	受付	証訂正	入力	入力確認	変更届出書No.	本人確認
							運免、(個番・住基)カード (身・療・精)手帳、(健・介)保険証 その他( )
							個人番号確認 (個番・通知)カード その他( )