

**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

印

電話

住所・氏名  
保護者等  
加入医療保険  
次のとおり振込口座  
障害の状況  
送付先

※本人自署の場合は押印不要です。

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	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				
療保	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	銀行 支店 信用金庫 農協			銀行 支店 信用金庫 農協	
	金融機関コード	出張所			出張所	
	フリガナ 名義人					
座	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