

受給者証	見出し	台帳	入力

福祉医療費受給資格等変更届
 (こども・重度・母子家庭等・父子家庭)

年 月 日

(宛先)各務原市長

住 所 各務原市.....

届出人 氏 名

電 話 (.....) -

下記のとおり届け出ます。

受給資格者 氏 名	フリガナ	生年 月日	
負担者 番 号		受給資格者 番 号	

変 更 事 由	1：加入保険変更 2：転出 3：死亡 4：その他()	変 更・喪失 年 月 日	年 月 日
------------	--------------------------------	-----------------	-------

変 更 後	保険の種類	1：市国保 2：組回国保 3：協会 4：組合 5：船員 6：日雇 7：共済 8：後期高齢
-------	-------	-------------------------------------------------

加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	住 所	
			. .	(TEL —)	
	保 險 者 名			保 險 者 番 号	
	記 号 番 号			受給資格者 との続柄	

その他事項

※他の受給資格者の「氏名」「負担者番号」「受給資格者番号」「個人番号」は上欄に記入する。

変
更
前

<市役所確認欄>

届出人	<input type="checkbox"/> 受給資格者	身元確認	<input type="checkbox"/> 写真付1点 (マイナンバーカード、運転免許証・障害者手帳等)	添付書類	<input type="checkbox"/> 資格確認書類
	<input type="checkbox"/> 世帯員		<input type="checkbox"/> 写真無2点 (資格確認書・年金手帳等)		<input type="checkbox"/> 上記の提示
	<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> その他 ()		・提示書類 ()
	()				・確認者 ()