

受給者証	見出し	台	記入例

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

令和〇年 〇月〇〇日

(宛先) 各務原市長

住 所 各務原市〇〇町〇丁目〇〇番地

届出人 氏 名 〇〇 △△

電 話 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

下記のとおり届け出ます。

受給資格者氏名	フリガナ	〇〇 □□	生年月日	令和〇年〇〇月〇〇日												
		〇〇 □□														
負担者番号	8	0	0	0	0	0	0	0	受給資格者番号	0	0	1	2	3	4	5

変更事由	1	加入保険変更	2	転出	変更・喪失年月日	〇年〇月〇日
	3	死亡	4	その他()		

変更後	保険の種類	1:市国保 2:組合同保 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	〇〇 △△	生年月日	HO・〇・〇	住 所	各務原市〇〇町〇丁目〇〇番地 (TEL 〇〇〇 — 〇〇〇〇)
	保 險 者 名	△△健康保険協会			保 險 者 番 号	00000000
	記 号 番 号	0000000			受給資格者との続柄	父

その他事項	受給者が加入している医療保険の資格情報がわかるもの（マイナポータル画面、資格確認書、資格情報のお知らせのいずれか）を見ながら記入してください。 ※窓口申請時には上記書類の提示、 郵送申請時には上記書類のコピーの添付が必要です。	
※他の受給資格者の「氏名」「負担者」	入す	
変更前		

<市役所確認欄>

届出人	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()	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) <input type="checkbox"/> 写真無2点 (資格確認書・年金手帳等) <input type="checkbox"/> その他 ()	添付書類	<input type="checkbox"/> 資格確認書類 <input type="checkbox"/> 上記の提示 ・提示書類 () ・確認者 ()