

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.....

申請者 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	
受給者番号			

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

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			
	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	住 所 (TEL .....)			
加 入 保 険	保 險 者 名	負 担 者 番 号		受給資格者との続柄		
	記 号 番 号					
その他事項						

※他の受給資格者の「氏名」「受給者番号」は上欄に記入する。

変 更 前	
-------	--

<市役所確認欄>

申請者	<input type="checkbox"/> 受給資格者	身元確認	<input type="checkbox"/> 写真付1点（免許証・障害者手帳・個人番号カード等）	添付書類	<input type="checkbox"/> 被保証コピー
	<input type="checkbox"/> 世帯員		<input type="checkbox"/> 写真無2点（被保証・年金手帳等）		<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> その他 (.....)		(.....)