

注意事項

- ・申請時には、必ず変更後の健康保険証・身分確認書類を持参してください
- ・は記入方法がわからなければ、記入しないで申請してください

帳 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)

申請する年月日を記入

□□ 年 △△ 月 ○○ 日

(宛先)各務原市長

住 所 各務原市 那加桜町○丁目△△番地

申請者 氏 名 □□ △△

電 話 (000) 000 - 000

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	00・00・00
	□△ ○□		
受給者番号	013 - 00000000		

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	00年00月00日
------	------------------------------------	----------------	-----------

変更後	保険の種類	1: 市国保 2: 組国保 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 000 - 0000) 各務原市那加桜町○丁目△△番地
	保 險 者 名	□△ ○□	
	記 号 番 号	00・00・00	
その他事項		負担者 番 号	受給資格者 との続柄

記入方法がわからないときは、記入しないで受給者の加入している健康保険証を持参してください

※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 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()	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) <input type="checkbox"/> 写真無2点 (被保証・年金手帳等) <input type="checkbox"/> その他 ()	添付書類	<input type="checkbox"/> 被保証コピー <input type="checkbox"/> その他 ()
-----	---	------	---	------	--