

記入例

<p>受給者証を確認して受給者番号を記入してください</p>		<p>受給者番号 → 922〇〇〇〇</p>	
<p>費受給者資格等変更届</p>			
<p>令和 〇年 〇月 〇日</p>			
<p>郵送する日を記入してください</p>		住所	新城市字東入船115番地
		氏名	新城 太郎
		電話	(〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)
<p>次のとおり変更がありましたので届け出ます。</p>			
変更事項	新		
受給者	住所	新城市字東入船115番地	
	フリガナ	シンシロ タロウ	
	氏名	新城 太郎	
	生年月日	令和 〇年 〇月 〇日	
加入	被保険者住所	新城市字東入船115番地	受給者との続柄
	(世帯主)氏名	新城 太郎	本人
医療	記号・番号	記号 〇〇〇〇〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇	記号 〇〇〇〇〇
	保険者の番号・名称	番号 〇〇〇〇〇〇〇〇 名称 〇〇健康保険組合	番号 230227 名称 新城市国民健康保険
保険	保険者の所在地		
	付加給付の状況	有 無	有 ・ 無
障害の状況等	新しく加入した保険の情報を記入してください		国民健康保険の情報を記入してください
その他			
変更年月日	年 月 日		
備考			

注 加入医療保険が確認できる書類及び精神障害者医療費受給者証を添付してください。

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--