

記入例

受給者証を確認して受給者番号を記入してください

受給者番号

522〇〇〇〇

受給者資格等変更届

令和 〇年 〇月 〇日

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)

郵送する日を記入してください

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

記

変更事項	新	受給者の方の住所・氏名等を記入してください			
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			
加入医療保険	被保険者住所 (世帯主)氏名	住所	新城市字東入船115番地	受給者との続柄	新城市字東入船115番地
		氏名	新城 太郎	本人	新城 太郎
	記号・番号	記号	〇〇〇〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇
		記号	〇〇〇〇〇〇〇〇	番号	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
保険者の所在地					
付加給付の状況	有 ・ 無		有 無		
障害の状況等 その他	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		
変更年月日	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	
----	--	----	--	----	--