

	受給者番号					
障害者医療費受給者資格等変更届 令和 年 月 日 新城市長 住所 氏名 電話 () 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			旧	
受 給 者	住 所					
	フ リ ガ ナ					
	氏 名					
	生 年 月 日		年 月 日			
加 入 医 療 保 険	被保険者	住 所			受給者 との続柄	
	(世帯主)	氏 名				
	記 号 ・ 番 号		記号	番号	記号	番号
	保 險 者 の 番 号 ・ 名 称		番号	名称	番号	名称
	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						
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	
--------	--	--------	--	--------	--