

# 福祉医療費受給資格変更（喪失）届

令和 年 月 日

菰野町長あて

住 所

氏 名

(電話番号 )

福祉医療費受給資格《障がい者(一般、65障)、一人親家庭等、子ども》について、次のとおり変更(喪失)が生じたので、受給資格証を添えて届け出ます。  
なお、資格変更に当たり菰野町が所得状況などの必要事項を調査することを承諾するとともに、手続きに必要な者の個人番号を菰野町が取得することについて同意します。

個人番号			
受給者氏名	受給資格証番号		
	もしくは 生年月日	年	月 日
一人親家庭等 家族欄	(No. )	(No. )	
	(No. )	(No. )	
	(No. )	(No. )	
受給者氏名 (※上記以外)	(No. )	(No. )	
	(No. )	(No. )	
	(No. )	(No. )	

注) 変更(喪失)が生じた事項の番号に○を付け、詳細を右欄に記入してください。

事項	内 容		
1 氏名	( ) → ( )		
2 住所	菰野町		
3 喪失	年 月 日 [ 事由: 転出・死亡・( ) ]		
4 加入医療保険	被保険者指名	個人番号	
	記号・番号	※加入保険の分かるもの添付	
	保険者の名称・番号		
	資格取得日	年 月 日	
5 振込口座	銀行・農協 支店 信用(金庫・組合) 出張所		
	種別	普通・当座	口座番号
	口座名義人(カタカナ)		
6 その他 ( )			

区分変更	1. 町単 ⇒ 県単 2. 県単 ⇒ 町単	区 分	県単・町単	子ども家庭課 案内	/	証回収	未・済 返信用封筒
備 考	R . 1. 1 扶養義務者 ( ) /住所 有・無		R . 1. 1 扶養義務者 ( ) /住所 有・無		電 算 入力者		