

福祉医療費受給資格事項異動届

起案年月日		年	月	日
課長	副課長	係長	係	

受給者番号	移 障 乳 母 高		
	新 規 （ 変 更 ・ 喪 失 ）	変 更 前	事 由
① (ふりがな) 氏 名	男 女		1, 新 規 <input type="checkbox"/> 他の市町村からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の取得 <input type="checkbox"/> その他 2, 変 更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 町内の転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他 () 3, 喪 失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市区町村への転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入資格の喪失 <input type="checkbox"/> その他 ()
② 生年月日	年 月 日 生		
	個人番号		
③ 居 住 地	上郡町	上郡町	
④ 医療保険 の 加 入 状 況	(被保険者、組合員又は世帯主の氏名)		
	(被保険者、組合員又は世帯主の住所)		
	(被保険者証又は組合員証の記号番号)		
	(被保険者、組合員又は世帯主の続柄)		
	(保険者の名称) (保険者番号)		
⑤ 傷 害 の 状 況	次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 国民年金証書 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 診 断 書 () <input type="checkbox"/> 転出前の市町村長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()	異 動 年 月 日 年 月 日 証 回 収 年 月 日 年 月 日	
上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 上郡町長 あて (保護者)			