

重度心身障害者医療費受給資格要件変更届出書

年 月 日

岩見沢市長 様

届出者 住所

氏名

電話

下記のとおり(氏名・住所・健康保険・生計維持者・課税状況)に変更がありましたので、届出いたします。

記

受給者番号		生年月日	(T・S・H・R 年 月 日生)
受給者氏名			

内 容		新	旧
氏 名		変更 (年 月 日)	
住 所		岩見沢市 変更 (年 月 日)	岩見沢市
健康 保 険	保険者名		
	保険者番号		
	記号・番号		
	被保険者名		
	資格取得日	年 月 日	
生計維持者		変更 (年 月 日)	
課税状況		いずれかに○を記載 (課 税 ・ 非課税)	いずれかに○を記載 (課 税 ・ 非課税)
確認事項			
世帯の課税状況		(課 税 ・ 非 課 税)	世帯の課税状況 (課 税 ・ 非 課 税)
生計維持者の課税状況		(課 税 ・ 非 課 税)	生計維持者の課税状況 (課 税 ・ 非 課 税)
世帯外扶養の課税状況		(あり (課税 ・ 非課税) ・ なし)	世帯外扶養の課税状況 (あり (課税 ・ 非課税) ・ なし)

入力日

交付年月日

年 月 日	年 月 日	窓口・郵送
-------	-------	-------

受付印

決 裁		
課長	係長	係

※窓口交付
本人確認方法
()