

重度心身障害者
 ひとり親家庭等
 子どもの

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		受給者氏名	(S・H・R 年 月 日生)
			(S・H・R 年 月 日生)
			(S・H・R 年 月 日生)

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		(課税・非課税)	世帯外扶養の課税状況 (課税・非課税)

交付年月日

年 月 日	窓口・郵送
-------	-------

入力日

年 月 日

受付

課長	係長	係	受付