

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 稅 ・ 非課税)	いずれかに○を記載 (課 稅 ・ 非課税)
	確認事項	
	世帯の課税状況 (課 稅 ・ 非課税)	世帯の課税状況 (課 稲 ・ 非課税)
	生計維持者の課税状況 (課 稅 ・ 非課税)	生計維持者の課税状況 (課 稅 ・ 非課税)

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
()