

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)

入力日 交付年月日

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

決裁		
課長	係長	係

※窓口交付
本人確認方法
()

受付印