

〈 記入例 〉

福祉医療費受給者変更届出書

(あて先) 周南市長		提出日	R7年 12月 1日					
保護者氏名	周南 太郎							
現住所	周南市岐山通1丁目1番地							
TEL	090-1234-5678							
受給者氏名	生年月日	受給者証番号						
		個人番号						
周南 一郎	H30年 4月 1日	7	6	0	1	2	3	4
	個人番号							
周南 花子	R6年 5月 1日	7	3	5	6	7	8	9
	個人番号							
	年 月 日							
	個人番号							
	年 月 日							
	個人番号							
変更事項								
1. 住所 (変更前)								
2. 氏名 (変更前)								
3. 健康保険 (変更後) ※上記受給者の医療保険 資格が確認できる写し を添付	保険者番号	1350016 全国健康保険協会山口支部						
	保険者名							
	記号	123456	番号-枝番	789	一郎01・花子02			
	資格取得日	612345						
	被保険者氏名 (国保の場合は世帯主)	周南 太郎						
変更事項								
転居 ・ 婚姻 ・ 離婚 ・ 転職 ・ 退職 ・ その他 ()								

※保険の写しがあり内容全て記載がある場合は、個人番号・3.健康保険の記入は不要です。

職員外

変更事項、3.健康保険の変更の場合は対象児童の医療保険の資格がわかるものを添付してください。

例：資格確認書・資格情報のお知らせ
マイナポータルの健康保険画面の印刷 など

変更事項、1.住所・2.氏名の場合は旧受給者証をご持参下さい。