

福祉医療費受給者変更届出書

(あて先) 周南市長			提出日		年		月		日		
保護者氏名											
現住所											
T E L											
受給者氏名			生年月日			受給者証番号					
			個人番号								
			年 月 日								
			個人番号								
			年 月 日								
			個人番号								
			年 月 日								
			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								
			保険者名								
			記号					番号-枝番			
			資格取得日								
			被保険者氏名 (国保の場合は世帯主)								
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。

職員処理欄

保険情報確認：コピー添付・マイナポータル目視
旧受給者証：[回収] 済・未 [入力] 済・未
新受給者証：交付 ・ 郵送 ・ 不要
変更入力日：令和 年 月 日 ・ 不要

決 裁	課長	課長補佐	係長	係

受付者	受付印