

医療福祉費受給資格等変更届記入例

【記入方法及び注意事項】

1. ①, ②のご記入及び変更事項の分かる書類の添付をお願いします。
2. ①の個人番号は、受給者の個人番号です。個人番号（マイナンバー）12桁が分かる方は記入してください。不明な場合は空欄でも大丈夫です。
3. ②に住所・氏名の記入をお願いします。
届出者の氏名は、原則、小児の場合は保護者、それ以外は被保険者氏名を記入してください。
4. 保険証に変更があった場合は、新しい受給者証を発行します。お手持ちの受給者証を変更届と一緒に郵送してください。

医療福祉費受給資格等変更届		公費負担者番号/受給者番号	受給者氏名
		①	土浦 きらら
		個人番号	1234 **** ****
届出事項	変更前	変更後	変更年月日
氏名	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #e0e0e0;"> 口座変更で届出を出す場合は、銀行名・支店名・口座番号・口座名義人名（カタカナ）をご記入ください。 届出者の写真付き身分証明書（免許証、パスポート等）のコピーの添付をしてください。 </div>		年 月 日
住所			年 月 日
扶養義務者			年 月 日
所得			年 月 日
支払い口座等	支払区分 預金種目 金融機関名 口座番号 口座名義人	支払区分 預金種目 金融機関名 土浦銀行 つちうら支店 口座番号 1234567 口座名義人 ツチウラ ツチマル	年 月 日
障害の程度			年 月 日
高校等在学状況			年 月 日
加入保険の世帯主被保険者			年 月 日
組合員			年 月 日
種別 保険者の名称	協・組・日・船・共・国・国組・後期	協・組・日・船・共・国・国組・後期	年 月 日
所在地	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #e0e0e0;"> 保険変更の場合は、記入せず、受給者の保険証のコピーの添付してください。 </div>		年 月 日
被保険者証等の記号番号			年 月 日
医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおり届けます。			
年 月 日 (届出先)土浦市長		<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #e0e0e0;"> ② 住所 土浦市大和町9番1号 届出者 氏名 土浦 つちまる </div>	