

| | |
|-----|-------------------------------|
| 記入例 | ①・② 及び 変更事項の内容を記入してください。 |
| | 添付書類： 変更事項内容が分かる書類の写し |
| | 届出者の写真付き本人確認書類の写し（マイナンバーカード等） |

| | | | |
|---------------|---------------|---|----------------|
| 医療福祉費受給資格等変更届 | 公費負担者番号/受給者氏名 | ① | 受給者氏名 |
| | | | 土浦 きらら |
| | 個人番号 | | 1234 5678 1234 |

| | | | |
|------|-----|-----|-------|
| 届出事項 | 変更前 | 変更後 | 変更年月日 |
| 氏名 | | | 年 月 日 |
| | | | |
| 住所 | | | 年 月 日 |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 扶 | 口座変更の場合 | | 日 |
| | 銀行名・支店名・種目・口座番号・口座名義人（カタカナ）を記入、または、通帳、キャッシュカードの写しを添付してください。 | | 日 |

| | | | |
|--------|---------------|---------------|-------|
| 支払い口座等 | 支払区分 金融機関名 | 預金種目 金融機関名 | 年 月 日 |
| | 口座番号 口座名義人 | 口座番号 口座名義人 | |

| | | | |
|-------------|---|--|---|
| 障 高 加 | 保険変更の場合 | | 日 |
| | 保険内容の記入は 不要 です。 受給者の 加入の医療保険内容（氏名・保険者名・記号・番号・認定日・扶養者名）が分かるものの写しを添付してください。 （健康保険証・資格確認書・資格情報のお知らせなど） | | |

| | | | |
|--------------|-------------------|-------------------|-------|
| 組合員 | | | |
| 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 | | | |
| 被保険者等 | | | 年 月 日 |
| 番号 | | | |

| | |
|---|----------------------------|
| ② | |
| 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。 | |
| 令和 7年 4月 1日 (届出先) 土浦市長 | 住所 土浦市大和町9-1 氏名 土浦 つちまる |
| 届出者 | |