

下諏訪町福祉医療費受給者証

変更
喪失

届

3年 4月 10日

下諏訪町長 様

届出人 住所 下諏訪町 123 番地 45

窓口に来た人 または 申請書
を書いた人の住所・名前・電話番
号をお書きください。受給者本人
でなくても結構です。

氏名 国保 太郎
(受給者との続柄 父)
電話番号 090-1234-5678

下諏訪町福祉医療費受給者証を 変更 喪失 しましたので届出いたします。

記

対象者氏名	国保 花子		受給区分	乳幼児 ・ 障害者 ・ 母子 ・ 父子	
生年月日	R1年 8月 1日		受給者番号	00077235	
	年 月 日				
	年 月 日				
変更事由	住所	旧		新	
		下諏訪町 番地		下諏訪町 123 番地 45	
	加入医療保険	記号	番号	記号	番号
		名称 ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ 協会けんぽ () 支部 ・ ()		名称 しもすわ ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ 協会けんぽ () 支部 ・ ()	
口座	銀行 信 農協 信		八十二 銀行 信金 岡谷 本店 農協 信組 支店 (所)		
	名義		名義 コホ タツ 番号 0123456		
変更・喪失年月日	住所変更	年 月 日			
	保険変更	年 月 日			
	口座変更	年 月 日			
	資格変更	年 月 日			
	資格喪失	年 月 日 (転出・死亡)			
	その他	年 月 日 ()			

受給者証に
記載があります。

変更したい箇所に
記入してください。

入力	受付