

福祉医療費受給資格等変更届

申請日をご記入下さい。

年 月 日

申請者の住所、氏名等をご記入ください。

届出者 住所 岐阜市 司町40番地1
 氏名 岐阜 太郎
 (電話 058 - 265 - 4141)

変更する事項に ○

次のとおり (氏 名 住 所 加入保険 その他)

を変更したのでお届けします。

受給者証の種類	1 子ども 2 重度心身障害者等 3 ひとり親家庭等	受給者番号
---------	----------------------------------	-------

項 目	新	
対象者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	岐阜市
	変 更 年 月 日	年 月 日
加入保険	記 号 番 号	記号 番号
	加入保険名	保険者番号 (
	所 在 地	
	世帯主又は被保険者氏名	
	続 柄	
	変 更 年 月 日	年 月 日
	配偶扶養義務者	配偶者氏名
配偶者住所		
扶養義務者氏名		
受給者との続柄		
扶養義務者住所		
変 更 理 由		
変 更 年 月 日	年 月 日	

2人以上でも、並べて記入していただければ申請可能です。ただし、受給者証の種類が違う場合、届出書は必ず分けてください。

◆「対象者欄」は必ず記入してください。(対象者が2人以上なら並べて記入してください。)
 ◆氏名もしくは住所を変更する方は『旧』の欄に変更前の氏名もしくは住所を記入してください。
 ◆加入保険を変更する方で社会保険に変更する場合は、変更後の健康保険の被保険者情報が確認できるものの写しを添付することで「加入保険」欄の記入を省略できます。岐阜市国保、後期高齢に変更する場合は、「加入保険」欄の記入は不要です。
 ◆「配偶者・扶養義務者」欄を変更する方は、該当の項目の新、旧に記入をしてください。

注：受給者証を持参のうえ届け出てください。

事務処理欄