

福祉医療費受給資格等変更届

年 月 日

(あて先) 岐阜市長

届出者 住所 岐阜市
氏名
(電話 - -)

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		下記のうち該当する番号を○で囲んでください。		受給資格者番号	
		1 子ども 2 重度心身障害者等 3 ひとり親家庭等			
項 目		新		旧	
対 象 者	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日		年 月 日	
	住 所	岐阜市		岐阜市	
	変 更 年 月 日	年 月 日			
加 入 保 険	記 号 番 号	記号	番号	記号	番号
	加 入 保 険 名	保険者番号 ()		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			

注：受給者証を持参のうえ届け出てください。

受給者証の処理	索引簿の処理	受給者台帳の処理