

障害者・子ども・ひとり親家庭等医療費受給資格変更届

笠 岡 市 長 殿

受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）を確認されることを私及び世帯員全員、承諾します。

										申請年月日		令和		年		月		日																																																				
届出人		フリガナ																		(署名欄)																																																		
		氏 名																																																																				
		個人番号																		続柄		本人 ・ 父 ・ 母 ・ 子																																																
		住 所																				その他 ( )																																																
																				連絡先		— —																																																
受給資格者	フリガナ		1																2																3																																			
	氏 名																																																																					
	生年月日		昭・平・令 年 月 日																昭・平・令 年 月 日																昭・平・令 年 月 日																																			
	個人番号																																																																					
	受給者番号																																																																					
	フリガナ		4																5																6																																			
	氏 名																																																																					
	生年月日		昭・平・令 年 月 日																昭・平・令 年 月 日																昭・平・令 年 月 日																																			
個人番号																																																																						
受給者番号																																																																						
変更事項		変 更 前																変 更 後																																																				
□氏 名																																																																						
□住 所		笠岡市																笠岡市																																																				
□加入医療保険	被保険者氏 名																		続柄																		続柄																																	
	個人番号																																																																					
	記号・番号		記号																番号																記号																番号																			
	保険者番号																																																																					
	保険者名称		□ 全国健康保険協会 支部																□ 全国健康保険協会 支部																																																			
			□ 組合																□ 組合																																																			
			□ 笠岡市 □																□ 笠岡市 □																																																			
認定年月日		平・令 年 月 日																平・令 年 月 日																																																				
交付年月日		平・令 年 月 日																平・令 年 月 日																																																				
□その他 ( )																																																																						
変更年月日		令和 年 月 日																所得区分変更								有 ・ 無																																												

※受給資格証及び個人番号カード等を添えて提出してください。

受付処理	手渡し ・ 郵送 ( / )	台帳整理	<input type="checkbox"/> 証回収	
			<input type="checkbox"/> 証回収 入力	
		月 日		