

医療費受給資格変更届

年 月 日

一関市長 様

届出人 住所 一関市

氏名

受給者との続柄 ()

個人番号 (- -)

TEL (- -)

下記のとおり変更があったので、受給者証を添えて届け出ます。

事業種別 ○で囲む		乳幼児・小学生・中学生・高校生等・妊産婦・重度(一般)・重度(後期高齢) ひとり親(父母)・ひとり親(児童)・父母なし児童			
受給者証番号		氏 名 (変更前)			生年月日
- - -					年 月 日
		個人番号			
- - -					年 月 日
		個人番号			
- - -					年 月 日
		個人番号			
- - -					年 月 日
		個人番号			
変更事項		変更後の内容			変更年月日
受給者	氏 名				年 月 日
	住 所				
重度心身障害者の該当要件		<input type="checkbox"/> 身障手帳(1級・2級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当1級 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金1級(特別障害給付金1級) <input type="checkbox"/> 療育手帳A 該当要件の再判定 <input type="checkbox"/> 有(年 月) <input type="checkbox"/> 無			年 月 日
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり(保険証の写しを添付の場合、この項目の記入は不要)				
	被保険者氏名		記号番号		
	保険者番号		資格取得年月日		年 月 日
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 本店支店出張所 農協・労働金庫		預金種別	普通・当座
	口座番号		(カタカナ) 口座名義人		

※裏面にも記載個所がございます。

受付	本・花・大・千・東・室・川・藤	担当	
----	-----------------	----	--

※保護者、他監護者、配偶者、扶養義務者が変更・追加になる場合

届出に当たり、市長が一関市子ども、妊産婦及び重度心身障害者医療費給付規則に関する事務処理のために限って保護者、他監護者、配偶者及び扶養義務者の地方税関係情報を取得することに同意します。(個人番号を使用して情報照会を行う場合も含まれます。)

変更事項		変更後の内容				変更年月日		
保護者・他監護者	<input type="checkbox"/> 氏名等変更 <input type="checkbox"/> 保護者変更 <input type="checkbox"/> 他監護者追加 <input type="checkbox"/> 他監護者削除 <small>※保護者変更、他監護者追加の場合は、上記同意の対象</small>	氏名				年 月 日		
		個人番号						
		住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ					
		転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地		昨年1月1日時点の住所地			
配偶者	<input type="checkbox"/> 氏名等変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <small>※追加の場合は、上記同意の対象</small>	氏名				年 月 日		
		個人番号						
		住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ					
		転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地		昨年1月1日時点の住所地			
扶養義務者	<input type="checkbox"/> 氏名等変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <small>※追加の場合は、上記同意の対象</small>	氏名				年 月 日		
		個人番号						
		住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ					
		転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地		昨年1月1日時点の住所地			
	扶養義務者	<input type="checkbox"/> 氏名等変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <small>※追加の場合は、上記同意の対象</small>	氏名				年 月 日	
			個人番号					
			住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ				
			転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地		昨年1月1日時点の住所地		
	扶養義務者	<input type="checkbox"/> 氏名等変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <small>※追加の場合は、上記同意の対象</small>	氏名				年 月 日	
			個人番号					
			住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ				
			転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地		昨年1月1日時点の住所地		

備考欄