

福祉医療費受給資格変更届  
(障害者・一人親家庭等・子ども・妊産婦・精神障害者・65歳以上障害者)

令和 年 月 日

(宛先)津市長

届出人 住所  
(保護者等)

氏名 ㊟

電話

住所・氏名  
保護者等  
加入医療保険  
次のとおり振込口座  
障害の状況  
送付先

に変更がありましたので、受給資格証を添えて届け出ます。

受給資格証の番号	
対象者氏名	

変更の内容		変更後		変更前		
住所						
氏名						
保護者等	住所					
	氏名					
	個人番号					
加入	記号・番号					
	被保険者組合 組合員 世帯主	氏名	受給者との続柄			
		個人番号				
		住所				
療	保険種別	1国保 2協会 3組合 4日雇 5船員 6共済 7後期	1国保 2協会 3組合 4日雇 5船員 6共済 7後期			
保	資格取得(認定) 年 月 日					
	所在地					
	名称					
	保険者番号					
振	金融機関名	銀行 支店 信用金庫 農協		銀行 支店 信用金庫 農協		
	金融機関コード		出張所		出張所	
込	フリガナ					
	名義人					
座	口座番号	普通・総合 当座		普通・総合 当座		
障害の状況						

処理	添付書類	受付	証訂正	入力	入力確認	変更届出書No.	本人確認
							運免、(個番・住基)カード (身・療・精)手帳、(健・介)保険証 その他( )
							個人番号確認 (個番・通知)カード その他( )