

重度心身障害者等医療費受給資格喪失／内容等変更届

令和 年 月 日

宇多津町長 殿

申請者 住 所 綾歌郡宇多津町

氏 名

個人番号

連絡先

次のとおり 令和 年 月 日から 喪失 したので届けます。
変更

変更事項		新			
受給資格者	氏名			続柄	
	(生年月日)	年	月	日	受給資格者証番号
	住所				
介護者	氏名			続柄	
	住所			電話番号	
振込先	銀行	支店	口座番号	普通・当座	
	フリガナ				
	名義人				
加入保険	保険の種類	(日・協・組・船・共・国・後期) (一般・退職)		記号番号	
	附加給付	有・無	被保険者氏名		続柄
備考					

- (注) 1 変更事項欄は、該当欄のみ記入
2 さきに交付された受給資格者証を添付すること。
3 加入保険の変更の場合は、新しい被保険証（組合員証）を提示すること。
4 申請者氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。