

(様式第2号)

福祉医療費受給資格内容 変更届

平成 年 月 日

下記のとおり変更となったので届書を提出します。

高森町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

1 受給資格者(受給対象者全員を記入してください)

| 氏 名 | 生 年 月 日 | 性別 | 備 考 |
|-----------------|-------------------|-----|-----|
| (フリガナ) | T S H 年 月 日 | 男・女 | |
| [個人番号] | | | |
| (フリガナ) | T S H 年 月 日 | 男・女 | |
| [個人番号] | | | |
| (フリガナ) | T S H 年 月 日 | 男・女 | |
| [個人番号] | | | |

※ 以下は、変更があった事項について、変更後を記入してください。

2 加入医療保険の変更

| | | | |
|-------------------|--|-------------|-----------|
| 被保険者氏名 | | | |
| 保険者名 | | 保険者番号 | |
| 記号・番号 (被保険者番号) | | 資格取得 年月日 | S・H 年 月 日 |

3 振込口座の変更

| 金 融 機 関 名 | 種別 | 普通・当座 |
|---|-----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 八十二銀行 _____ 支店 | 口座 番号 | |
| <input type="checkbox"/> 飯田信用金庫 _____ 支店 | | |
| <input type="checkbox"/> みなみ信州農協 _____ 支所 | 口座 名義人 | (フリガナ) |
| <input type="checkbox"/> _____ 支店・支所 | | |