

（表）

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届				
受給資格者	受給者番号			
	氏名			
	住所	那須塩原市		
変更事項	変更事由	住所・加入保険・その他()		
		新	旧	
	住所	那須塩原市	那須塩原市	
	加入保険	被保険者氏名		
		記号番号		
		保険者名称		
		その他		
裏面も記載				
<p>上記のとおり、変更が生じたので受給資格者証を添えて届け出ます。</p> <p>同一の医療保険の被保険者については、裏面のとおりです。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 那須塩原市 届出者 氏名</p> <p>那須塩原市長 様</p>				

<input type="checkbox"/> 課税確認

受付	令和	年	月	日
交付	令和	年	月	日

(裏)

医療保険別の世帯加入状況

※受給資格者と同じ医療保険に加入している被保険者を記入してください。

受給資格者				
氏名		加入保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	・那須塩原市 ・その他()
個人番号			<input type="checkbox"/> 社会保険 (共済組合を含む。)	・全国健康保険協会 ・共済組合 ・その他()

国民健康保険加入者

No.	氏名 個人番号	No.	氏名 個人番号
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	

後期高齢者医療保険加入者

No.	氏名 個人番号	No.	氏名 個人番号
1		2	
3		4	

社会保険(共済組合を含む。)加入者 ※社会保険加入者は、被保険者のみ記入してください。

No.	氏名 個人番号
1	