

(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	123456		
	氏名	那塩 太郎		
	住所	那須塩原市 共墾社108-2		
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 共墾社108-2	那須塩原市 あたご町2-3	
	加入保険	被保険者氏名	記入不要	
		記号番号		
		保険者名称		
	その他			
裏面も記載				
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。 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。				
令和 3年 4月 2日				
住所 那須塩原市 共墾社108-2				
届出者 氏名 那塩 太郎				
那須塩原市長 様				

《保険証の変更がある場合》

- 郵送申請：新しい保険証のコピーを同封してください。
- 窓口申請：新しい保険証を御持参ください

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	那塩 太郎	加入 保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	・那須塩原市 ・その他()
個人番号	123456789012		<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	那塩 花子	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	