

重度心身障がい者医療費受給資格者異動届出書

菊池市長 様

年 月 日

届出者 住所

氏名

電話番号

次のとおり、受給資格者に係る事項(に変更が生じた・が消滅した)ので、菊池市重度心身障がい者医療費助成に関する条例第 10 条の規定により届け出ます。

変 更 事 項	氏名	新		受給資格者番号	個人番号		
		旧					
	住所	新					
		旧					
	保険	新	種類		記号番号		
			被保険者名		受給資格者との続柄		
			保険者名		付加給付		
		旧	種類		記号番号		
			被保険者名		受給資格者との続柄		
保険者名				付加給付			
振込先	金融機関名			支店名			
	口座の種類・番号		普・当 No.	口座名義人(カナ)			
受給資格者の要件消滅		1 市外に転出(転出先) 2 受給資格者の死亡(年 月 日死亡) 3 その他[]					

添付書類

- ・保険の変更については、医療保険の被保険者証
- ・受給資格者証