市町村確認

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		横	ŧ					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										明士ス
条例第 10 条の規定により届け出ます。										
	氏名	新			受給資	受給資格者番号		個人番	号	
		IΒ								
変	住所	新								
		IΒ								
更	保険	新	種類			記号番号				
事			被保険者名			受給資格者との続柄				
項			保険者名			付加給付	,			
		Ш	種類			記号番号				
			被保険者名			受給資格者との	り続柄			
			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(カタカナ)				
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										

【確認年月日及び確認者印】 令和 年 月 日 印

)により確認

□住基等端末により確認 □戸籍謄本、火葬許可証、会葬礼状 □その他(