

福祉医療費受給資格認定事項異動届(障・乳・こ・母・父・子・寡婦)

| 区分      |                      | 異動前   |     |    |           | 異動後  |     |      |           | 異動理由                                 |    |     |    |     |      |  |
|---------|----------------------|---|-----|----|-----------|--|-----|------|-----------|--------------------------------------|----|-----|----|-----|------|--|
| 支給対象者   | ① 受給者番号              | 7100000、7000000                                     |     |    |           |  |     |      |           | 転出・ <b>転居</b> ・死亡・喪失                 |    |     |    |     |      |  |
|         | フリガナ                 | トギツ イチロウ トギツ ジロウ                                    |     |    |           |  |     |      |           | その他・理由( )                            |    |     |    |     |      |  |
|         | ② 氏名                 | 時津 一郎、時津 二郎   |     |    |           |  |     |      |           | 異動日 <b>令和5年4月1日</b>                  |    |     |    |     |      |  |
|         | ③ 生年月日               | 平成27年1月1日、令和5年1月1日                                  |     |    |           |  |     |      |           |                                      |    |     |    |     |      |  |
| ④ 住所    | 時津町浦郷274番地1          |   |     |    | 時津町浦郷0番地0 |  |     |      |           |                                      |    |     |    |     |      |  |
| 受給者     | フリガナ                 | トギツ タロウ   |     |    |           |  |     |      |           | 転出・ <b>転居</b> ・死亡・喪失                 |    |     |    |     |      |  |
|         | ⑤ 氏名                 | 時津 太郎   |     |    |           |  |     |      |           | その他・理由( )                            |    |     |    |     |      |  |
|         | ⑥ 住所                 | 時津町浦郷274番地1   |     |    |           | 同上   |     |      |           | 異動日 <b>令和5年4月1日</b>                  |    |     |    |     |      |  |
| 加入保険    | ⑧ 名称                 | 国保・社保   |     |    |           | 国保・社保  |     |      |           | 保険証の変更                               |    |     |    |     |      |  |
|         | ⑨ 記号番号               |   |     |    |           |  |     |      |           | 異動日 年 月 日                            |    |     |    |     |      |  |
|         | ⑩ 保険証発行機関            | ( )   |     |    |           | ( )  |     |      |           | 異動理由について                             |    |     |    |     |      |  |
|         | ⑪ 被保険者氏名             | 社会保険事務所・全国健康保険協会( )支部・共済組合健康保険組合・後期高齢者医療広域連合・国民健康保険 |     |    |           | ・全国健康保険協会( )支部・共済組合健康保険組合・後期高齢者医療広域連合・国民健康保険 |     |      |           | 1、いずれかに○を、該当しない場合はその他のところに記入をしてください。 |    |     |    |     |      |  |
|         | ⑫ 支給対象者の続柄           | 父   |     |    |           |  |     |      |           | 2、異動理由が発生した日付けを異動日の欄に記入してください。       |    |     |    |     |      |  |
|         | ⑬ 附加給付の有無            | 有・無   |     |    |           | 有・無  |     |      |           |                                      |    |     |    |     |      |  |
| 金融機関の変更 | ※口座名義人は受給者と同じ方になります。 | 金融機関名   | ( ) | 支店 | ( )       | 本店   | ( ) | 普通当座 | 金融機関名     | ( )                                  | 支店 | ( ) | 本店 | ( ) | 普通当座 |  |
|         | 口座番号(右詰め)            |   |     |    |           |  |     |      | 口座番号(右詰め) |                                      |    |     |    |     |      |  |
|         | フリガナ                 |   |     |    |           | フリガナ   |     |      |           |                                      |    |     |    |     |      |  |
|         | 口座名義人                |   |     |    |           | 口座名義人  |     |      |           |                                      |    |     |    |     |      |  |

上記のとおり、異動しましたので届け出ます。

令和5年4月1日

住所 時津町浦郷274番地1

連絡先(受給者)  
電話番号(000)-0000-0000

受給者 氏名 時津 太郎  
届出者 氏名 時津 太郎

受給者との続柄  
(本人)

受付印  
受付者名