氏名変更

住所変更

麻績村福祉医療費給付金 　加入医療保険変更　届

資格変更

　 口座変更

年　　月　　日

麻 績 村 長 殿

(いずれかに○をする。)

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 乳幼児等 |
| ２ | 障害者 |
| ３ | 母子・父子家庭 |

届出者　住所

氏名

(自署の場合押印不要)

(受給資格者との続柄　　　　　　　)

電話

下記のとおり届出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者名 | |  | | 受給資格者証  番　　　　号 | | | | |  | | | | |
| 氏名変更 | 新 |  | | | | | | | 変更期日  年　　月　　日 | | | | |
| 旧 |  | | | | | | |
| 住所変更 | 新 |  | | | | | | |
| 旧 |  | | | | | | |
| 加入医療  保険変更 | 新 |  | | | | | | |
| 旧 |  | | | | | | |
| 資格喪失 | 理由 | １ 死亡　　２ 転出　　３ その他(　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 期日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 口座振込  希　　望  金融機関 | 銀行　　　　　　支店  　　　　　　　信金　　　　　　支店  　　　　　　　農協　　　　　　支所  　　　（　　　　　）　 （　　　　） | | | | | 口座名義人  氏　　　名 | | | |  | | | |
| 口座番号 | |  | |  | |  |  | | |  |  |  |

以下、麻績村役場処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 年 月 日 | | | 有効期間 | | 年 月 日から  　　 年 月 日まで |
| 受給者番号 |  | | |
| 事業番号 |  | 世帯ｺｰﾄﾞ |  | | 確認担当者 | |