

第5号様式(第7条関係)

(第9条関係)

(第8条関係)

(第8条関係)

(第8条関係)

(第13条関係)

子ども
障害者
 家庭等
障害者
 後期高齢者福祉

医療費受給資格等 変更届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日

知多市長様

住所 知多市 **緑町1**

記入者について

申請者
(窓口にか
こられた人)

氏名 **知多 梅男**

(受給者との続柄 **父**)

(電話 **1234-56-7890**)

医療費受給者証に記載してあります。

次のとおりに記入がありましたので届出します。

受給者番号	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	個人番号	
区分	変更後	変更前	
受給者	住所 (施設所在地)	申請者に同じ	申請者に同じ
	フリガナ 氏名 (子ども氏名)	申請者に同じ 知多 梅子	申請者に同じ 同左
加入 医療 保険	フリガナ 被保険者氏名	申請者に同じ	
	受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()	
	保険者番号	◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇	国保台帳 確認
	保険者名称	知多 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合	
障がい 状況	記号・番号	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
	取得年月日	令和 △ 年 △ 月 △ 日	
保護者等	記入不要		
障がい状況			
異動年	日	受給者電話番号 (平日昼間)	-
備	平日昼間に繋がりのやすい電話番号 をご記入ください。		

新しい健康保険証についてご記入ください。
変更届をお送りいただく際は、
ご記入いただいた健康保険証の
コピーが必要です。
取得年月日は、健康保険証には
資格取得年月日または認定年月
日と記載があることが多いです。
(交付年月日とは異なります)

記入不要

記入不要