第5号様式(第7条関係)　☐ 子ども
(第9条関係)　☐ 障害者
(第8条関係)　☐ 子家庭等
(第8条関係)　☐ 神障害者
(第13条関係)　☐ 後期高齢者福祉

記入不要

医療費受給資格等 変更届

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

知多市長様

記入者について

申請者（窓口にこられた人）

住所　知多市 緑町1

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　がありましたので届出します。

受給者番号	● ● ● ● ● ● ● ● ●		
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	チタ　ウメコ	
	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	☐本人 ☐夫 ☐妻 ☐子 ☑父 ☐ ☐祖父 ☐祖母 ☐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	
	記号・番号	■■■■■ ■■■	
	取得年月日	令和 △ 年 △ 月 △ 日	
保護者等	フリガナ		
障がい状況			
異			
※			
異動年	日	受給者電話番号（平日昼間）	- -
備			

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

平日昼間に繋がりやすい電話番号をご記入ください。

課長		証発行者	処理者	受付者

記入不要

H28/1 改訂