

福祉医療受給者登録内容変更届等

記入例

(住所・保険証・振込口座・再発行(紛失・汚損・改姓))

受給区分	受給者氏名	生年月日
① 乳幼児・児童 2. 障害者 3. 母子家庭等 4. 父子家庭	東御 一郎	明・大・昭・平 令 31年 12月 25日
	東御 花子	明・大・昭・平 令 5年 7月 7日

福祉医療費受給者証をお持ちの方の名前と生年月日を記入して下さい。

登録内容の変更

(変更する欄を記入してください。)

★住所変更

旧住所	
新住所	
住所変更年月日	令和 年 月 日

★保険証の変更

保険者番号		保険証の記号
被保険者氏名		
保険者名称	1. 国民健康保険 () 2. 協会けんぽ ()	
	3. 健康保険組合 () 4. 共済組合 ()	
	5. その他国民健康保険 () 6. 後期高齢 ()	
	資格取得年月日 令和 年 月 日	

該当となる項目へ記入して下さい。

※紛失、汚損による再発行に関しては記入なしとなります。

★振込口座の変更

変更前	・JA信州うえだ 支所	口座番号	(カタカナ)
	・JA佐久浅間 支所		
	・八十二銀行 支店	口座名義	
	・		
変更後	・JA信州うえだ 支所	口座番号	(カタカナ)
	・JA佐久浅間 支所		
	・八十二銀行 支店	口座名義	
	・		
変更年月日	令和 年 月 日		

提出年月日を記入して下さい。

上記のとおり届け出ます。(受給者証の再発行を申請します。)

東御市長 あて

令和 5年 10月 5日

必要書類

- ・保護者の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)
- ・保険証
- ・通帳、もしくはキャッシュカード(振込口座変更の場合)

住所

氏名

電話番号

東御市鞍掛197

東御 太郎

0268-64-8888

申請者は保護者の方の氏名を記入して下さい。