

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給者住所等変更届

年 月 日

斜里町長 様

提出者 住所 斜里町本町12番地
氏名 斜里 花子
受給者との続柄 母

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

| | | | | | | | | | | |
|-------|-------------------|-------|-----------|-----|-------|-------|------------|-----|----|-------|
| 届出内容 | 受給者名 | 斜里 花子 | | | | 受給番号 | 000000 | | | |
| | 氏名 | 斜里 町子 | | | | | 000000 | | | |
| | 住所 | 新 | 斜里町本町12番地 | | | | 変更 | | | |
| | | 旧 | 斜里町本町42番地 | | | | ○年 △月 ×日 | | | |
| | 氏名 | 新 | | | | | 変更 | | | |
| | | 旧 | | | | | 年 月 日 | | | |
| | 保険者 | 新 | 保険者名 | | 記号番号 | | 付加給付 | 有・無 | 変更 | |
| | | | 旧 | | | | | 有・無 | | |
| | | 新 | 被保険者(世帯主) | | | | | | | 年 月 日 |
| | | | の氏名 | | | | | | | |
| 老人保健法 | 医療受給者証の番号 | | | | 資格取得 | 年 月 日 | | | | |
| ※処理欄 | 課長 | 係長 | 係 | | 処理年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 上記届出により次のとおり処理する。 | | | | | | | | | |
| | 新受給者番号 | | | | | | | | | |
| | 変更年月日 | 年 月 日 | 台帳整理 | 未・済 | 支払簿整理 | 未・済 | 受給者証訂正(回収) | 未・済 | | |

(注) 提出者は※欄は記入しないでください。