

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
氏名
受給者との続柄

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 | | | | | | 受給者号 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 新 | | | | | 変更 | | 年 月 日 | | |
| | | 旧 | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | 新 | | | | | 変更 | | 年 月 日 | | |
| | | 旧 | | | | | | | | | |
| 保 険 者 | 新 | 保険者名 | | | 記号番号 | | | 付加給付 | 有・無 | 変更 | |
| | 旧 | 保険者名 | | | 記号番号 | | | 付加給付 | 有・無 | | |
| | 新 | 被保険者(世帯主) | | | | | | | | | 年 月 日 |
| | 旧 | の氏名 | | | | | | | | | |
| 老人保健法 | 医療受給者証の番号 | | | | | | 資格取得 | 年 月 日 | 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 | | | | | | | | | | |
| | 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。