



綾川町医療費受給資格内容等変更届

令和 年 月 日

綾川町長 様

申請者 住所  
(窓口に来られた人) 氏名  
連絡先

綾川町医療費助成条例施行規則第7条の規程により届出します。

- ①  住所 (保護者・対象者)
- ②  加入保険
- ③  振込金融機関 を変更したので届出します。
- ④  氏名
- ⑤  公費区分 (子⇒重・子⇔ひ)
- 資格喪失 (転出・その他)
- 死亡に伴う資格喪失 (死亡年月日：平成・令和 年 月 日)

|         |                            |                |               |            |  |
|---------|----------------------------|----------------|---------------|------------|--|
| 受給資格者氏名 | 被保険者 (保護者)<br>国民健康保険の方は世帯主 |                | 氏名            |            |  |
|         | 対象者                        | ⑤公費区分          | 現受給者番号        | 氏名         |  |
|         |                            | 子・ひ・重          |               |            |  |
|         |                            | 子・ひ・重          |               |            |  |
|         |                            | 子・ひ・重          |               |            |  |
|         |                            | 子・ひ・重          |               |            |  |
| ①新住所    | 〒                          |                |               |            |  |
| ②保険の変更  | 保険者番号                      |                |               |            |  |
|         | 記号                         | 番号             |               |            |  |
|         | 加入年月日                      | 平成・令和 年 月 日    |               |            |  |
| ③振込先    | 金融機関名                      | 銀行<br>農協<br>金庫 | 本店<br>支店<br>所 | 種別<br>口座番号 |  |
|         | 口座名義 (カナ)                  |                |               |            |  |

※保険証、振込先のわかる書類を添付すること。  
 ※受給資格者が亡くなった場合の手続きには、別紙誓約書の記載が必要です。

|     |  |       |                 |          |
|-----|--|-------|-----------------|----------|
| 確認欄 | 保険証の写し・通帳の写し・住基異動届 (転居等)<br>各種喪失届の写し (手帳・児扶など) | 受付確認者 | 受給者証<br>(発行・回収) | システムチェック |
|     |  |       |                 |          |