



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) 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			
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 農協 金庫	本店 支店 所	種別 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) 各種喪失届の写し (手帳・児扶など)	受付確認者	受給者証 (発行・回収)	システムチェック