

課長	班長	班	受付	令和	年	月	日	受付印	
			交付	令和	年	月	日		

医療費受給資格証内容変更届

令和 年 月 日

海南市長 様

受給資格者 住所 海南市

氏名

電話番号 (- -)

対象者との続柄 ()

届出者

住所 海南市

※受給資格者と異なる場合のみ記入

※受給資格者と同居の場合は記入不要

氏名

申請者との続柄 ()

次のとおり、医療費受給資格の登録を申請します。

なお、受給資格登録及び資格喪失に至るまでの更新に際して、世帯状況、住民税課税台帳及び保険者に対して高額療養費の支給状況等を確認することに同意します。また高額療養費の申請に係る必要な証明書の請求及び受領を委任します。

受給資格証の種類	1. 子ども 2. ひとり親家庭 3. 重度心身障害者(児) 4. 重度心身障害者(後期高齢) 5. 老人
----------	--

受給資格証番号	
---------	--

対象者	フリガナ		個人番号	
	氏名			
	生年月日	大正・昭和 平成・令和		年 月 日

変更項目	変更後	変更前
------	-----	-----

対象者	住所	海南市	海南市
	氏名		

加入保険	被保険者の氏名		対象者との続柄		対象者との続柄	
	記号番号					
	保険者名					

手帳期限	令和 年 月 日	令和 年 月 日
------	----------	----------

その他	
-----	--

変更年月日	令和 年 月 日
-------	----------

扶養義務者等	扶養義務者等が、 < いる ・ いない >			※続柄：対象者からみた続柄		
	氏名	生年月日	続柄	個人番号		

備考	
----	--

届出者名		様	確認日・名	・ ・ 【 】	
本人 確認書類	1点	マイナンバーカード・免許証・手帳			
	2点	保険証(国・社・後・介)・受給者証(自・重)・			