

福祉医療費受給資格変更届
兼福祉医療費受給資格者証交付状況証明書交付申請書

年 月 日

（宛先）高崎市長

申請者 住所

氏名 電話 （ ）

来庁者 住所

氏名 電話 （ ）

受給資格者との関係

- 1 次のとおり（ 保険の種類、住所、受給資格、その他 ）が変更になりましたので届け出ます。
2 次のとおり転出するので、福祉医療費受給資格者証交付状況証明書の交付を申請します。
（太線内を記入してください。）

受給資格対象区分		子ども、重度心身障害者、高齢重度障害者、母子家庭、父子家庭				
受給資格者	氏名	生年月日	被保険者との続柄	個人番号	受給資格者証番号	備考
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
新住所				変更年月日	年 月 日	
被保険者	氏名	生年月日	個人番号		住所	市民税
	（フリガナ）	年 月 日				
健康保険の種類	国保、国保組合、協会けんぽ、健保組合、共済、後期高齢、その他（ ）					
保険者番号		保険者名		記号番号		
その他の変更事由				変更（喪失）年月日	年 月 日	

【受給資格者証】 ☐交付 ☐回収 ☐マル税 ☐有期修正
【交付状況証明書】 ☐交付

上記のとおり処理（交付）してよいか伺います。

後期高齢者医療制度に ☐加入する ☐加入しない

【個人番号】 ☐個番カード ☐通知カード ☐システム ☐その他（ ）
【確認書類】（申請者） ☐運転免許証 ☐個番カード ☐資格確認書 ☐その他（ ）
（来庁者） ☐運転免許証 ☐個番カード ☐資格確認書 ☐その他（ ）

高・倉・箕・群・新・榛・吉

受付	担当