

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

↑※この枠で囲ってある部分以外は記入不要です。

令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 高崎市長

申請者 住所 **高崎市高松町35番地1**

氏名 **高崎 春男** 電話 **027 (321) 1237**

来庁者 住所 福祉医療受給者の住所、氏名、電話番号を
氏名 ご記入ください。
※未成年の場合は保護者の方の住所・氏名
・電話番号をご記入ください。

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
	高崎 太郎	令和2年5月5日	子	0000 1111 2222		
	高崎 花子	令和4年3月3日	子	3333 4444 5555		
		月 日				
	福祉医療受給者の氏名・生年月日・被保険者との続柄・個人番号をご記入ください。 ※同一世帯に福祉医療受給者が複数人いる場合は全員分のご記入をお願いいたします。					
		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) タカサキ ハルオ 高崎 春男	平成3年4月4日	6666 7777 8888	高崎市高松町35番地1		
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	100024	保険者名	高崎市国民健康保険	記号番号	11111 222	
その他の変更事由	加入している健康保険の被保険者の氏名・生年月日・個人番号・住所・健康保険の種類・保険者番号・保険者名・記号番号をご記入ください。 ※受給者本人ではない場合もあります。			(喪失) 日	年 月 日	

【受給資格者証】 ☐
【交付状況証明書】 ☐

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