

記入例

高齢者医療費受給資格変更届出書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 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

電話番号 027 (321) 1237

来庁者 住所

高齢者医療費受給資格者の住所、氏名、電話番号をご記入ください。

電話番号 ()

受給資格者との関係:

下記のとおり（保険の種類・氏名・その他）が変更になりましたので届け出ます。

変更年月日 年 月 日

Table with 5 rows and 4 columns containing recipient information: 受給資格者番号, 受給資格者氏名 (高崎 春男), 生年月日 (昭和 ○○ 年 ○月○日), 変更後住所, 保険者番号 (100024), 記号番号 (11111, 222), 保険名称 (高崎市国民健康保険), 被保険者又は世帯主氏名 (高崎 春男).

Table with 2 columns: その他の変更事由

受給資格者の属する世帯全員の個人番号

Table with 2 columns: 氏名, 個人番号. Rows include 高崎 春男 (0000 1111 2222) and 高崎 夏子 (3333 4444 5555). Includes a note: 高齢者医療費受給資格者と同一世帯員の氏名・個人番号をご記入ください。

上記のとおり処理してよいか伺います。

- 【個人番号】 □ 個番カード □ 通知カード □ e-SUITE □ 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 ()

Table with 2 columns: 受付, 担当