

福祉医療費受給資格等変更(喪失)届

(種別)

年 月 日

- 1 障害者(一般・65障害) (宛先)伊勢市長
- 2 一人親家庭等
- 3 こども 届出人 住所
- 4 その他(寡婦)

氏名 (印)
 (電話 - -)

受給資格者	受給資格証番号	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	伊勢市

次のとおりお届けします。

変更の内容		変更前	変更後
加入医療保険	世帯主(被保険者、組合員)の氏名		
	受給資格者との続柄		
	記号・番号		
	保険者名称(保険者番号)		
等級変更(心障)			
振込口座		銀行 信用金庫 支店 農協・漁協 支所 預金種別 普通 当座 貯蓄 口座番号 フリガナ 名義人	銀行 信用金庫 支店 農協・漁協 支所 預金種別 普通 当座 貯蓄 口座番号 フリガナ 名義人
その他			

資格喪失理由	1. 他市町村に転出 (転出先) 2. 死亡 3. 婚姻 4. 他の公費を受けるようになった。 () 5. その他()
--------	---

変更(喪失)年月日	年 月 日
-----------	-------

受付	発行	入力	照合