

重度心身障害者医療費受給資格登録変更届

年 月 日

館山市長 様

住 所

届出者 氏 名

電 話

重度心身障害者医療費受給資格の登録の内容に変更がありましたので、
次のとおり届け出ます。

記

支給対象者	住 所
	氏 名 (個人番号：) (年 月 日生)

※変更があった事項のみ記入してください。

支給対象者	旧住所	旧氏名
	新住所	新氏名 (個人番号：)
保健資格等の変更	館山市国民健康保険・後期高齢者医療広域連合・ 社会保険 ()	
	記号・番号：	
	取得年月日： 年 月 日 扶養者：	

添付書類（公簿等により確認できるときは省略可）

- ・保険資格等に変更があった場合、健康保険の資格確認書等の写し