

精神障がい者医療費助成受給者資格変更・喪失届

受給者番号											
個人番号											
障がい者	氏名										
	生年月日	年 月 日									

		変更・喪失	変 更 前	事 由
住 所				1 変更 ☐ 氏名の変更 ☐ 受給者の変更 ☐ 住所変更 ☐ 個人番号の変更 ☐ 医療保険の加入変更 ☐ 金融機関の変更 ☐ その他の変更 () 上記の事由発生年月日 (年 月 日) 2 喪失 ☐ 死亡 ☐ 他市町村への転出 ☐ 医療加入保険の喪失 ☐ 生活保護法の適用 ☐ 申し出により 上記の事由発生年月日 (年 月 日)
受給者	氏名			
	住 所			
	個人番号			
振込先金融機関	機 関 名			
	支 店 名			
	口座番号			
	口座名義			
医療保険の加入状況	被保険者			
	記号・番号			
	保険者名			
	保険者番号			

上記のとおり、受給者証を添えて届け出いたします。
加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

年 月 日

住所
届出者 氏名 印 (続柄)
電話番号

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

燕市長 様