

本人確認							
個人	運転	旅券	障害	療育	精神	在留	
	保険	受給	児扶	特児	年金		

大垣市心身障害者医療費受給資格等変更届

年 月 日

大垣市長様

届出者 住所 大垣市
(受給資格者) 氏名 受給資格者との続柄()

個人番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話 - -

次のとおり変更したので届け出ます。

受給者証番号		個人番号	
受給資格者氏名		生年月日	
変更事項		新	旧
受給資格者	住所		
	氏名		
	等級	身障手帳 療育手帳 精神手帳	身障手帳 療育手帳 精神手帳
加入医療保険	記号番号		
	被保険者(世帯主)氏名	受給資格者との続柄()	受給資格者との続柄()
	保険者名	(保険者番号:)	(保険者番号:)
	附加給付の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
	保険種別	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合(国公) <input type="checkbox"/> 共済組合(地公) <input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 大垣市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合(国公) <input type="checkbox"/> 共済組合(地公) <input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 大垣市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()
変更(喪失)事由	1 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> 手帳等級変更 <input type="checkbox"/> 手帳有効期間の変更 <input type="checkbox"/> その他()		
変更(喪失)年月日	年 月 日		

注 加入医療保険の変更の場合、現在加入している医療保険の被保険者であることを証明するものをお持ちください。

受付	手渡	郵送	回収	訂正	同地	入力	マ付ボ