

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	

大垣市老人医療費受給資格喪失変更届(受給者証再交付申請書)(どちらか一方を消してください)

受給資格者	(新)住所	大垣市										変更事由等															
	(旧)住所	大垣市										1	保険変更	年	月	日	4	再交付									
	フリガナ											2	転居・転出	年	月	日	5	職権									
	氏名	生年月日 昭和 年 月 日										3	死亡	年	月	日	6	その他									
	受給者証番号	6	0	2	-	個人番号										所得状況変更		変更年月日		年	月	日					
加入医療保険												理由															
種別												新			旧			※事務処理(市使用欄)									
被保険者(世帯主)氏名												国保・協会・組合・共済・国組・船員			国保・協会・組合・共済・国組・船員			訂正		削除		登載		交付		回収	
受給資格者の続柄																											
記号番号																											
保険者番号																											
保険者名																											
上記のとおり届出/申請します。												年 月 日															
届出(申請)者(受給資格者)												住所 大垣市															
大垣市長様												氏名															
												電話															

※印の欄は記入しないでください