

様式第8号(第11条関係)

医療福祉費受給資格等変更届

公費負担者番号		受給者氏名	大宮 太郎	
受給者番号				
届出事項	変更前	変更後	変更年月日	
氏名				
住所				
扶養義務者	対象者又はその父母との続柄	対象者又はその父母との続柄		
所得	円	円		
支払い口座等	支払区分 預金種目 金融機関名 口座番号 口座名義人	支払区分 預金種目 金融機関名 口座番号 口座名義人		
障害の程度	級	級		
高校等在学状況				
加入保険の世帯主 被保険者 組合員				
種別 保険者の名称 所在地	協・組・日・船・共・国・国組・後期	協・組・日・船・共・国・国組・後期		
被保険者証等の 記号番号				
医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、医療福祉費受給資格者証を添えて、上記のとおり届けます。				
令和〇年〇〇月〇〇日 常陸大宮市長様				
住所 常陸大宮市〇〇町〇〇				
届出者 氏名 大宮 太郎 印				
(注)押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をば印に代えることは、差し支えありません。				