

下諏訪町福祉医療費受給者証 変更  
喪失 届 年 月 日

下 諏 訪 町 長 様

届出人 住所 下諏訪町 番地

氏 名

(受給者との続柄 )

電話番号

下諏訪町福祉医療費受給者証を 変更  
喪失 しましたので届出いたします。

記

対象者氏名		受給区分	乳幼児 ・ 障害者 ・ 母子 ・ 父子		
	年 月 日		受給者番号		
	年 月 日				
年 月 日					
変更事由	住所	旧 下諏訪町 番地		新	
	加入医療 保 険	記号	番号	記号	番号
		名称 ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療		名称 ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療	
		・ 協会けんぽ ( ) 支部		・ 協会けんぽ ( ) 支部	
	・ ( )		・ ( )		
	口座	銀行 信金 本店		銀行 信金 本店	
農協 信組 支店(所)		農協 信組 支店(所)			
		名義	番号	名義	番号
変更・喪失年月日	住所変更	年 月 日			
	保険変更	年 月 日			
	口座変更	年 月 日			
	資格変更	年 月 日			
	資格喪失	年 月 日 (転出・死亡)			
	その他	年 月 日 ( )			

入力	受付