

## 下諏訪町福祉医療費受給者証

変更  
喪失

届

令和〇年〇月〇日

下諏訪町長様

届出人

住 所

下諏訪町

123

番地 45

窓口に来た人 または 申請書  
を書いた人の住所・名前・電話番  
号をお書きください。受給者本人  
でなくても結構です。

氏 名 国保 太郎

(受給者との続柄 父 )

電話番号 090-1234-5678

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	国保 花子		受給区分	乳幼児・障害者・母子・父子		
生年月日	R1 年 8 月 1 日		受給者番号	00077235		
	年 月 日			受給者証に 記載があります。		
	年 月 日					
変更事由	旧			新		
	住所	下諏訪町 番地		下諏訪町 123 番地 45		
	加入医療 保険	記号 番号	記号 しもすわ	番号 42-103		
		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 農協 信 名義	八十二 銀行 信金 岡谷 本店 農協 信組 支店(所) 名義 ヨシタケル 番号 0123456			
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