

記載例

障がい者等医療受給資格等変更届出書

令和 ○年 ○月 ○日

藤 沢 市 長

届出者（受給者） 住所 藤沢市朝日町1-1

※未成年の場合は保護者 氏名 藤沢 太郎

電話 0466 (25) 1111

来庁者 氏名 同上 続柄 本人

次のとおり届出します。なお、この事業に関し必要な、市で保管する住民記録情報、税情報、その他受給可否等に
必要な情報について、市長が利用することに同意します。

受 給 者	フリガナ	フジサワ タロウ		受 給 者 番 号	1 2 3 4 5 6 7	
	氏 名	藤沢 太郎				
	生年月日	昭和 ○年 2月 2日	住 所(施設 名及び施設 住所)	藤沢市朝日町1-1		
変更内容(該当する項目にチェックしてください。)				変 更 年 月 日		
☐ 氏 名 ☐ 住 所 ☒ 保険変更 ☐ 転 出 ☐ 死 亡 ☐ その他()				令和 ○年 ○月 ○日		
変 更 前				変 更 後		
保 険 変 更	記 号 ・ 番 号	1 5 6 7 8 9		0 6 2 3 4 5 6 7 8		
	被保険者氏名	藤沢 太郎		藤沢 太郎		
	被保険者住所	同上		同上		
	保 険 者 番 号	0 1 2 3 4 5		1 4 0 0 6 1		
	保 険 者 名	○△□健康保険組合		藤沢市国保		
住 所 変 更						
そ の 他 の 変 更						

該当する項目をチェックしてください。

自治体記入欄

窓口に来た方	☐ 受給者本人 ☐ その他()						
本人確認	(1点) 障がい者 (2点) 健康保険 登記事項						
来庁者住所	変更内容を記入してください。 変更前、変更後のいずれも記入をお願いします。 氏名変更の場合は「その他変更」に記入してください。						
備 考							
新 証	交付済	郵送希望		受付	発行	入力	審査
旧 証	回収済	未回収 証返還案内 済・未	担当者				