

障がい者等医療受給資格等変更届出書

藤 沢 市 長		年	月	日
届出者（受給者）		住所		
※未成年の場合は保護者		氏名		
		電話		
来庁者		氏名		
		続柄		

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			受 給 者 番 号			
	氏 名						
	生年月日	年	月	日	住 所(施設 名及び施設 住所地)		
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()						年 月 日	
		変 更 前			変 更 後		
保 険 変 更	記 号・番 号						
	被保険者氏名						
	被保険者住所						
	保 険 者 番 号						
	保 険 者 名						
住 所 変 更							
そ の 他 の 変 更							

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) 障がい者手帳 マイナンバーカード 免許証 介護支援専門員証 パスポート (2点) 健康保険証 介護保険証 各種医療受給者証 弁護士等身分証明書 社員証等 登記事項証明書(後见人等) 年金手帳 その他()							
来 庁 者 住 所								
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				