様式第４号（第７条関係）　　　　　（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費受給者証内容変更届書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | 受給者証  記号・番号 | | 喜多方・ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | 生年月日 | | | | 大・昭  平・令 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 変更事項を○で囲んでください。  １　氏名　　２　住所　　３　加入保険　４　振込先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変 更 事 項 | | | 新 | | | | | | | 旧 | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 住所 | | | 上記のとおり | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 加  入  保  険 | | 記号・番号 |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 保険者名 |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 加入年月日 |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 振  込  先 | | 金融機関 | 銀行・信組  信金・農協  労金 | | | | | | | 銀行・信組  信金・農協  労金 | | | | | | | | |
| 支店（所） | | | | | | | 支店（所） | | | | | | | | |
| 口座番号 |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 名義人 | (ｶﾅ) | | | | | | | (ｶﾅ) | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり変更したので受給者証を添えて届けます。  令和　　年　　月　　日  喜多方市長  届出人　　氏名  (電話番号　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　これ以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 課長  補　佐 | 係長 | 係　員 |  | 処理 | 受付 | 入力 | 台帳 | 処理年月日  　　年　月　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |

（裏）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加入保険変更の方のみ記入 | | | |
| 被保険者名 | |  | |
| 加入年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 被保険者からみた受給者の続柄 | |  | |
| 附加給付に関する証明  　　当事業所においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。 | | | |
|  |  | |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  事業所長名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |