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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |