

記入例

令和 ● 年 ● 月 ● 日

重度心身障害者

医療費受給内容等変更届

子ども

伊予市長様

受給(資格)者の住所、名前、日中に連絡の取れる電話番号(必須)を記入してください。

受給(資格)者又は家庭主等

住所 伊予市 ●●●●●●

氏名 伊予 一郎

※本人自ら署名した場合は、押印不要です。

(電話 自宅・携帯 ●●●●-●●●●-●●●●)

次のとおり変更がありましたので届けます。

受給者氏名		受給者番号		変更年月日	
伊予 太郎		●●●●●●		令和 年 月 日	
区分				交付年月日(国保加入のときのみ記入)	
住所				令和 年 月 日	
氏名					
加入医療保険	記号番号	●●●●●●		●●●●●●	
	被保険者氏名	受給者との続柄 ( )		受給者との続柄 ( )	
	保険者 (保険者番号)	愛媛県伊予市 ( 380105 )		●●●●●● ( ●●●●●● )	
	所在地	伊予市米湊 820 番地		●●●●●●	
	勤務事業所名	伊予市		●●●●●●	
	所在地	伊予市米湊 820 番地		●●●●●●	
	保険証の有効期限	令和 ● 年 ● 月 ● 日		令和 ● 年 ● 月 ● 日	
その他( )					

国民健康保険を脱退する受給者の名前を記入してください。受給者番号やご加入の健康保険の記号・番号等がわからない場合は、省略してもかまいません。

記入は不要です。