

# 福祉医療費助成制度 変更届

(宛先) 姫路市長

下記のとおり変更しましたので届け出ます。

届出年月日 令和 年 月 日

届出 人	フリガナ		生年月日	S H 西暦		
	氏名					
	住所	姫路市		電話	-	-

受給者証の種類	移 障 乳 こ 母 高	←お持ちの受給者証の種類に○をつけてください。
受給者番号		
受給者氏名		

※複数人の変更がある場合は、枠内に全ての方の受給者証の種類・番号及び氏名を記入してください。

以下の項目について、□の中のあてはまるものに✓をご記入ください。

【下記の変更の理由】
<input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 勤務先の変更 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 養子離縁
<input type="checkbox"/> その他 ( )

受給者の氏名に変更があった

	氏名 (変更前)	氏名 (変更後)	変更年月日
1			令和 年 月 日
2			
3			

受給者の住所に変更があった

受給者の住所 (変更後)	変更年月日
姫路市	令和 年 月 日

受給者の加入している健康保険に変更があった

保険種別 (○をつけてください)	国 ・ 協 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共		
被保険者記号番号	記号	番号	
被保険者氏名・続柄	氏名	続柄 父・母・ ( )	
被保険者生年月日	S ・ H ・ 西暦 年 月 日		
被保険者住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ 姫路市		
保険者番号	右記以外	280024	01280015
保険者名		姫路市	全国健康保険協会 兵庫支部
保険加入日または認定日	令和 年 月 日		

扶養義務者を (変更 ・ 追加 ・ 除外) したい

扶養義務者氏名		続柄	父・母・ ( )
扶養義務者生年月日	S ・ H ・ 西暦 年 月 日		
扶養義務者住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ 姫路市		
変更年月日	令和 年 月 日		

※この変更届を提出される際に必要なもの

- ・ 医療費受給者証
- ・ 健康保険の変更がある場合は受給者の健康保険証

人刀