

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		続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ()	生年月日	S H 西暦
	氏名				
	住所	姫路市			

受給者証の種類	移	乳	こ	母	障	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】
市内転居 婚姻 離婚 勤務先の変更 転入 転出 退職 養子縁組 養子離縁
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			
母・障・高 のみ回答 【必須】	受給者以外の同居者の有無	氏名・続柄 ※5名以上いる場合は余白等に記入してください			
	<input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は右記【必須】 <input type="checkbox"/> 無	氏名	続柄	氏名	続柄
		氏名	続柄	氏名	続柄

受給者の加入している健康保険に変更があった ※①②いずれかの方法で提出してください。

- ① 『資格確認書の写し』又は『マイナポータル健康保険証の資格情報をダウンロードしたもの』を添付してください。→ 以下記入省略可
 ② 『資格情報のお知らせ』を添付又は『マイナポータル健康保険証の資格情報画面を提示』の場合は、以下を記入してください。

被保険者記号番号	記号	番号	枝番
被保険者氏名・生年月日・続柄	氏名	生年月日 S・H・西暦 年 月 日	続柄 父・母・()
被保険者住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ 姫路市		
資格取得年月日 (認定年月日)	令和 年 月 日		
保険者番号	<input type="checkbox"/> 右記以外		<input type="checkbox"/> 280024 <input type="checkbox"/> 01280015
保険者名	姫路市		全国健康保険協会 兵庫支部

扶養義務者を (変更 ・ 追加 ・ 除外) したい

扶養義務者氏名・生年月日・続柄	氏名	生年月日 S・H・西暦 年 月 日	続柄 父・母・()
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
- 健康保険変更の場合は、『資格確認書』『マイナポータル健康保険の資格情報をダウンロードしたもの』等

入力