別記様式第９号(第７条関係)

福祉医療費受給資格等変更届

年　　月　　日

（あて先）高　山　市　長

申請者　住　所　高山市

氏　名

（電話　　－　　－　　）

下記受給資格者について、次のとおり変更がありましたのでお届けします。

受給資格者番号	―

項目		新	旧
受給資格者	氏名		
	住所	高山市	高山市
	（　　）		
	変更年月日	年　　月　　日	
加入保険	記号番号		
	保険者 名称		
	保険者 保険者番号		
	被保険者証の種類		
	給付割合	入院（　　割）外来（　　割）	入院（　　割）外来（　　割）
	被保険者(本人)氏名		
	受給資格者との続柄		
	変更年月日	年　　月　　日	
身体・知的・精神の各手帳			

支払場所の指定	金融機関名・支店名	口座種別	金融機関名・支店名	口座種別
	銀行 信用金庫 信用組合 農協　本店 支店	普通 当座	銀行 信用金庫 信用組合 農協　本店 支店	普通 当座
	口座名義（カナ）	口座番号	口座名義（カナ）	口座番号

資格喪失	事由		年　　月　　日

☐ 転　居　　☐ 加入医療保険変更　　☐ 手帳有期日変更

☐ 振込口座変更　　☐ 手帳の等級変更

☐ その他変更（ 氏変更 ・受給者(保護者)変更 ・　　）

受付	入力	証交付	点検