

佐久市福祉医療費給付金変更届出書

令和 年 月 日

(届出先) 佐久市長

(届出者) 住所 佐久市

受給者との続柄

氏名 ()

電話番号

次のとおり届出します。

受給者証	記号 (該当区分に○)	受給者番号	受給者氏名 (複数記入可)
	妊・児・障・母・父		
氏名変更	フリガナ	フリガナ	
	新	旧	
住所変更 (送付先)	新 佐久市		
	旧 佐久市		
加入医療保険の変更	※ 保険証のコピー添付の場合は省略		
	国保 ・ 健保 (協会、日雇、組合) ・ 共済 ・ 船員		
	記号 番号		
	世帯主又は被保険者氏名		
	証発行機関名	所在地	都道府県 (会社名)
保険者名		被保険者資格取得日	
電話番号		年 月 日	
振込金融機関等の変更	金融機関・支店等名	銀行・金庫 組合・農協	支店 支所 出張所
	種目	普通 ・ 当座 ・ その他 ()	
	口座番号	フリガナ 口座名義人	

※市 処 理 欄

住基確認	電算登録	証交付	その他特記事項
			令和 年 月 日受給者死亡による
起案	令和 年 月 日	決裁	令和 年 月 日
課長等	係長	係	上記のとおり変更してよいでしょうか