

佐久市福祉医療費給付金変更届出書

年 月 日

(届出先) 佐久市長

(届出者) 住所 佐久市

氏名

受給者との続柄

()

電話番号

次のとおり届け出します。

受給者証	記号 (該当区分に○)		妊・児・障・母・父 (複数記入可)			
	受給者番号	受給者氏名	受給者個人番号			
氏名変更 (複数記入可)	フリガナ		フリガナ			
	新		旧			
住所・送付先の変更 (※いずれかに○)	新 佐久市					
	旧 佐久市					
加入医療保険の変更	※ 資格確認書等のコピー添付の場合は省略可					
	種類	市国保 ・ 国保組合 ・ 協会健保 ・ 組合健保 ・ 共済組合				
	保険の名称					
	記号		番号		枝番	
	世帯主又は被保険者氏名					
	資格取得年月日	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	フリガナ		
	種目	普通 ・ 当座 ・ その他()		口座名義人		
	口座番号					

※ 市 処 理 欄	住基確認	電算登録	証交付		その他特記事項	
					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		