

## 福祉医療費給付内容変更届（受給者証再発行申請書）

令和 年 月 日

番木村長 様

住所 \_\_\_\_\_ 通報区 \_\_\_\_\_  
申請者 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり変更となったので届けます。

紛失したので再発行してください。

### 1 受給資格者（受給対象者全員を記入してください）

氏名	生年月日	性別	続柄	受給者番号
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

### 2 変更事項（変更後を記入してください）

#### ① 加入医療保険の変更

保険制度名		資格取得年月日	年 月 日
記号・番号		保険者番号	
被保険者名		保険区分 (本/扶)	

#### ② 振込口座の変更

金融機関名		銀行 信金 農協	支店 支所
(フリガナ)		口座番号	
口座名義人		種別	普通・当座

※申請者と口座の名義人が異なる場合は、申請者名を記入して押印願います。

支給される費用の受給は、上記の口座名義人に委任します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(添付書類)

- ・保険証の写し（国民健康保険・後期高齢者医療保険以外の場合）