

福祉医療費受給資格認定（更新）申請書・変更届・喪失届

- 1 心身障害者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 65歳以上心身障害者

受給者番号	
異動年月日	年 月 日

異動事由	取得	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 手帳等取得 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他
	変更	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 加入医療保険の変更 <input type="checkbox"/> 振込口座変更 <input type="checkbox"/> 保護者等変更 <input type="checkbox"/> その他
	喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他 ()

助成対象者	(フリガナ) 氏名	取得・変更後・喪失			変更前		
	住所	亀山市			亀山市		
	性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日
	保護者等氏名						
	保護者等住所						
	対象者からみた続柄						

保険証の内容	被保険者	氏名					対象者からみた続柄	
		住所						
		加入日	昭和・平成・令和			年	月	日
		記号			番号			
	発行機関	保険者番号(右詰)					社会保険事務所・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・広域連合	
		名称						
	所在地							

振込口座	口座種別	(フリガナ)				
	1 普通(総合)	口座名義人				
	2 当座 3 その他	口座番号				
	銀行 支店 信用・労働金庫 支所 農協 出張所					

上記のとおり、申請（届出）します。

福祉医療費の受給資格の認定若しくは更新又は変更について、必要のあるときは、市職員が所得状況、診療報酬明細書（レセプト）等の調査をすることを承諾します。

令和 年 月 日

亀山市長 様

住所 _____

受給資格者又

は保護者等 氏名 _____ ㊞

連絡先 () -

