

(様式第2号)

福祉医療費受給資格等変更届書

年 月 日

大桑村長 宛

申請者

住所

氏名

電話

印

次のとおり、福祉医療費受給資格の変更又は喪失の届出をします。

受給対象者	変更前		変更後		個人番号															
住所	〒				〒															
加入医療保険	種類	国・協・組・共・後・その他 ()				記号一番号		—												
	保険者名 (保険者番号)	()				被保険者氏名														
振込先登録口座	銀行・信金 信組・農協 労金		支店 支所 出張所		預金 種別		1 普通 2 当座													
	口座番号		(フリガナ)																	
			口座名義人																	
資格喪失	喪失事由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()				喪失事由 発生年月日		年 月 日												
通知	支払通知はがきの送付を (希望する・希望しない)																			

※村記入欄 (以下は記入しないでください)

起案日	担当者	係	係長	課長補佐	課長
・					
決済日					
・					