

福祉医療費受給者異動届

八幡市長様

届出者の住所	電話	()	届出者の氏名	届出日	年	月	日
				異動日	年	月	日

◇ 受給者

氏名	生年月日	受給制度	受給者番号
	年 月 日	障がい 老人	
	年 月 日	障がい 老人	
	年 月 日	障がい 老人	
	年 月 日	障がい 老人	
	年 月 日	障がい 老人	

◇ 異動事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

氏名							
住所							
加入保険	被保険者氏名					保険証記号	番号
	保険者番号					資格取得日 (認定年月日)	年 月 日
	保険者名称						

◇ その他の異動事由による資格喪失

<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度への加入 (障がい認定)
<input type="checkbox"/> 生活保護受給開始
<input type="checkbox"/> 健康保険の資格喪失
<input type="checkbox"/> 受給者の死亡
<input type="checkbox"/> 転出・転居
*特記事項
受給者証回収 年 月 日