

重度心身障害者等  
ひとり親家庭等 医療費受給者住所等変更届

年 月 日

七飯町長 様

住 所 七飯町

届出者 氏 名

受給者との続柄

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

台帳		電算	
----	--	----	--

届出内容	受給者氏名						受給者番号					
	住所	新	七飯町						変更			
		旧	七飯町						平・令 年 月 日			
	氏名	新							変更			
		旧							平・令 年 月 日			
	保険者	新	保 險 者 名	-----		記 号 番 号			附 加 給 付	有・無		
		旧	保 險 者 名	-----		記 号 番 号			附 加 給 付	有・無		
		新	被 保 険 者 (世帯主) の 氏 名									
	障害等級	新							変更			
		旧							平・令 年 月 日			
高確法	被保険者番号						資格取得年月日		平・令 年 月 日			
※処理欄	課長	主幹		係長		係		処理年月日		年 月 日		
	上記届け出により次のとおり処理する。											
	新受給者番号											
	変更年月日	年 月 日		台帳整理	未・済	払出簿整理	未・済	訂正・回収	未・済			

(注) 届出者は※欄に記入しないで下さい。