

重度心身障がい者医療費受給資格者異動届出書

氷川町長様

年 月 日

届出者 住 所

氏 名

個人番号

次のとおり、受給資格者に係る事項（に変更が生じた・が消滅した）ので、氷川町重度心身障がい者医療費助成に関する条例第10条の規定により届け出ます。

| | | | | | | | | | |
|------------|--|---|-------|--|-----------|---------|--|--|--|
| 変更事項 | 氏名 | 新 | | | | 受給資格者番号 | | | |
| | | 旧 | | | | | | | |
| | 住所 | 新 | | | | | | | |
| | | 旧 | | | | | | | |
| | 保険 | 新 | 種類 | | 記号番号 | | | | |
| | | | 被保険者名 | | 受給資格者との続柄 | | | | |
| | | | 保険者名 | | 付加給付 | | | | |
| | | 旧 | 種類 | | 記号番号 | | | | |
| | | | 被保険者名 | | 受給資格者との続柄 | | | | |
| | | | 保険者名 | | 付加給付 | | | | |
| 受給資格者の要件消滅 | 1 町外に転出（転出先 2 受給資格者の死亡（ 年 月 日死亡） 3 その他 [] | | | | | | | | |
| 添付書類 | ・ 保険の変更については、医療保険の被保険者証 ・ 受給資格者証 | | | | | | | | |

※ 個人番号は受給者分のみ記入お願いします。