

重度心身障害児(者)医療費に関する資格内容変更・喪失届

受給者番号			*個人番号* 番号がわかる方は記入願います。		
変更年月日		年 月 日			
変更内容		<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 加入保険 <input type="checkbox"/> 資格喪失			
		旧		新	
受給資格者	住所	有田川町大字		有田川町大字	
	氏名				
加入保険	被保険者氏名 (組合員氏名)				
	保険証記号番号				
	保険者名				
	所在地				
附加給付の有無		有 ・ 無		有 ・ 無	

※ 変更箇所のみ新旧を記入してください。

有田川町長 様

上記のとおり資格内容を変更しましたので届出いたします。

令和 年 月 日

受給資格者

住所 有田川町大字

氏名

電話番号

受領者氏名