

重度障がい者医療資格事項（変更届）

令和 年 月 日

吹田市長 宛

住所

氏名

続柄（対象者の）

電話/FAX

次のとおり届け出ます。

	変 更 前	変 更 後
① フリガナ 氏 名		
② 生 年 月 日		
③ 住 所		
④ 医療保険の 加入状況	(被保険者・組合員又は世帯主の氏名)	
	(被保険者・組合員又は世帯主の住所)	
	(被保険者・組合員又は世帯主の記号番号)	
	(保険区分)	
	(保険者の名称) (保険種別) () (番号) ()	(保険種別) () (番号) ()
⑤ 届 出 事 由		<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> その他の変更 ()
		変更年月日 令和 年 月 日
受給者番号		

受 付	入 力	確 認