塩尻市福祉医療費給付金受給資格（変更・喪失）届

年　　月　　日

（あて先）塩尻市長

申請者　住　所

氏　名　　印

電　話

次のとおり福祉医療費給付金受給資格の変更又は喪失の届出をします。

受給者番号	受給資格者氏名	生年月日

１．変更の場合

事項		変更前	変更後
氏名			
住所			
加入医療保険	記号・番号		
	被保険者氏名		
	被保険者住所		
	保険者番号		
	保険者名称		
	保険種別		
変更年月日			年　月　日
振込先口座	金融機関名称		銀行・信金 信組・農協
	支店名称		本店・支店 本所・支所
	預金種別		1 普通　2 当座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

※保険証・振込口座を変更するときは、コピーが必要になります。

※指定口座の名義が受給資格者本人でない場合

福祉医療費受領に関する一切の権限を、上記口座名義人に委任します。（受給資格者本人が１８歳未満の場合を除く）

氏　名　　印

２．喪失の場合

喪失事由	□死亡　□転出　□資格変更　□その他（　　）
喪失日	年　月　日
備考	

※市記入欄	区分	1.乳幼児等	2.障がい者（　　）	（一般・後期）	3.母子家庭の母子等	4.父子家庭の父子
	交付日	処理日	確認者印	受給者証		
	年　月　日	年　月　日		返還・破棄依頼		