

【保険証変更の記入例】

医療福祉費受給資格等変更届

公費負担者番号/受給者番号	受給者氏名
84080902	守谷 市郎
1234567	令和元年 5月 1日生

届出事項	変更前	変更後	変更年月日
フリガナ氏名			
住所	現在お持ちのマル福・すこやか医療の受給者証を参考に、 上段に、受給者証の公費負担者番号、下段に、受給者番号 をご記入ください。		
扶養義務者	変更後の被保険者の氏名（父の会社の保険にご加入で あれば、父の氏名）をご記入ください。 ※国保の場合は、世帯主の氏名をご記入ください。		
所得	円	円	
支払い口座	変更後の保険者番号と保険者名称をご記入 ください。所在地の記入は不要です。	預金種目 口座番号 口座名義人	資格取得年月日または 認定年月日をご記入く ださい。
障害の程度	級	級	
高校等	上段に、変更後の保険証の記号、 下段に番号をご記入ください。		
加入保険の世帯主被保険者組合員	守谷 明美		令和元年9月1日
種別 保険者の名称 所在地	政・組・日・船・共・国・国組・後期 01080019 全国健康保険協会 茨城支部		令和元年9月1日
被保険者証等の 記号番号	1234 567		令和元年9月1日

医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、
医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおり届けます。

令和元年 9 月 2 日
守谷 市長 あて

提出年月日をご記入ください。

届出者（ご両親など）の住所・
氏名をご記入の上、押印してく
ださい。

届出者

住所 守谷市大柏950番地の1
氏名 守谷 明美

印

※マル福・すこやか医療の対象者の保険証のコピーを必ず添付してください。