

(様式第5号)

飯山市福祉医療費特別給付金受給資格変更(喪失)届

年 月 日

飯 山 市 長 あて

申請者 住所
氏名

印

下記のとおり変更(喪失)したので、お届けします。

				医療特別給付金種別					
受 給 者	氏 名		年 月 日生		受 給 者 番 号				
	生年月日				変 更 年 月 日				
氏 名 変 更	新				旧				
世 帯 主 変 更	新				旧				
住 所 変 更	新				旧				
振替口座変更	新				旧				
加入医療 保険変更	新	被保険者				続柄		記 号	
		名称					番 号		
		所在地					付 給	加 付	有 ・ 無
	旧								
資格喪失	1 死亡					資 格 喪 失 年 月 日			
	2 転出					・			
	3 その他					・			

注) 1 届出には、受給者証を必ず添付してください。
2 ※欄は記入しないでください。

※決裁欄	係		係 長		課長補佐		課 長		伺 年 月 日		
									決 裁 年 月 日		
※処理欄	見出簿	受給者台帳	受給者証 返付 交付		医 療 機 関		過 誤 人 数		(備考)		
							月分				