

様式第6号(第10条関係)

医療福祉費受給資格等変更届

公費負担者番号	84081017	受給者名	桜川 花子
受給者番号	1234567		

届出事項	変更前	変更後	変更年月日
氏名	ふりがな マル福受給者証を参考に記入する		
住所			
扶養義務者	対象者又はその父母との続柄 ()	対象者又はその父母との続柄 ()	
所得	円	円	
支払い口座等	支払い区分 預金種類 金融機関名	支払い区分 預金種類 金融機関名 口座番号 口座名称	
障害の程度	級	級	
高校等在学状況			
加入保険の世帯被保険者組合員		桜川 太郎	
保険者の種別名称所在地	協会・組・船・共・国	協会・組・船・共・国 全国健康保険協会茨城支部 (01080019)	
被保険者証の記号番号		1234 567	令和元年5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、上記のとおりお届けいたします。

令和元年5月10日

桜川市長 様

住所 桜川市岩瀬64-2

届出者

氏名 桜川 太郎

印

(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。
押印をば印に代えることは、差し支えありません。

※マル福対象者の保険証のコピーを必ず添付してください。