様式第8号(第9条関係)

|  |
| --- |
| 福祉医療費受給資格認定事項異動届(障・乳・母・父・子・寡婦・子ども) |
| 受給者証の記号・番号 |  | ※ |
| 異動内容 | 区分 | 異動前 | 異動後 | 異　動　理　由 |
| 支給対象者 | 住所 |  |  | □転居□転出□受給者変更　　続柄（　　　　）□氏名変更□死亡□その他（　　　　　　　　）年　　月　 日　 |
| フリガナ氏名 |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 受給者 | 住所 |  |  |
| フリガナ氏名 |  |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 加入保険 | 加入保険の名称 |  |  | □保険変更　　　年 　月 　日　 |
| 被保険者証の記号・番号 | 　 | 　 |
| 被保険者名 | 　 | 　 |
| 付加給付 | 　　 有　・　無 | 　　 有　・　無 |
| 振込口座 | 金融機関 |  　　　　　　　 銀 行　　　　　　　　農 協組 合 | 支 店　 出張所 | 　 |
| 種別・番号 | 普通・当座・貯蓄 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ名義 |  |
| その他 |  |  |  |
| 上記のとおり、異動しましたので届け出ます。また、変更内容について、一切の責任を負います。　　年　　月　　日　雲仙市長　　様住所届出者氏名 |