

年 月 日

盛岡市長 様

次のとおり（ 変更・喪失 ）となりましたので届け出ます。届出に当たり、盛岡市個人番号の利用等に関する条例第3条に基づき、医療費の給付に係る受給資格の審査において、市長が受給資格に係る情報を取得することに同意します。

<届出者>

住所	氏名	連絡先

<届出に該当する受給者>

受給者番号	氏名	生年月日
0 1 - - -		年 月 日

<受給者に関する変更>

☐ 住所の変更

☐ 届出者と同じ（届出者と異なる場合は下欄に記入）

住所	
----	--

☐ 氏名の変更

氏名	
----	--

☐ 医療保険の変更

☐ 別紙写しのとおり

※ 保険情報が確認できる書類の写しを添付の場合、この項目の記入は不要です		被保険者氏名	
記号・番号・枝番		資格取得年月日	年 月 日
保険者番号		保険者名	

☐ 振込口座の変更

金融機関名	銀行コード()	銀行・信組・農協・その他()	本店・支店名	支店コード()	支店支所出張所	預金種別	
						普通・当座・貯蓄	
口座番号						口座名義(カナ)	

☐ 課税状況の変更（変更後）（ 年度）

☐ 課税

☐ 非課税

☐ 送付先の変更

☐ 住民票の住所に送る

☐ 下記送付先に送る

住所	〒	あて名	
----	---	-----	--

☐ 受給資格の該当要件の変更

事由が発生した年月日

年 月 日

身障手帳 1 級・2 級	障害基礎年金 1 級	特別児童扶養手当 1 級	療育手帳 A	精神手帳 1 級
--------------	------------	--------------	--------	----------

