

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

<受給者に関する変更>

<input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> 届出者と同じ (届出者と異なる場合は下欄に記入)				
住所				
<input type="checkbox"/> 氏名の変更				
氏名				
<input type="checkbox"/> 保険証の変更 <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり				
<small>※ 保険証のおもて面の写しを添付の場合、この項目の記入は不要です</small>				
被保険者氏名				
記号・番号・枝番	資格取得年月日			
保険者番号	保険者名			
<input type="checkbox"/> 振込口座の変更				
金融機関名	銀行・信金 信組・農協 その他()	本店・支店名	支店出張所	預金種別
銀行コード()		支店コード()		普通・当座・貯蓄
口座番号		口座名義(カナ)		
<input type="checkbox"/> 課税状況の変更(変更後) (年度) <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税				
<input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 住民票の住所に送る <input type="checkbox"/> 下記送付先に送る				
住所	〒			あて名
<input type="checkbox"/> 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3級・4級				

<input type="checkbox"/> 資格の喪失 事由が発生した年月日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡※ <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 他事業に該当()	
<input type="checkbox"/> 障害程度が軽減 <input type="checkbox"/> その他()	

※ 死亡の場合は、相続人代表者選任届(別様式)の提出が必要です

裏面にも項目があります →

<世帯員に関する変更>

<input type="checkbox"/> 世帯員の増 <input type="checkbox"/> 世帯員の減 <input type="checkbox"/> 課税の状況（ 年度）						
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、市長が地方税関係情報等を取得することに同意します。						
フリガナ		性別	生年月日	課税の状況（変更後）		
氏名		男 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		
転入又は市外居住	本年1月1日時点の住所地	都道府県	市区町村	昨年1月1日時点の住所地	都道府県	市区町村
フリガナ		性別	生年月日	課税の状況（変更後）		
氏名		男 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		
転入又は市外居住	本年1月1日時点の住所地	都道府県	市区町村	昨年1月1日時点の住所地	都道府県	市区町村

<保護者に関する変更>

<input type="checkbox"/> 保護者の変更 <input type="checkbox"/> 保護者の削除（緊急連絡先があれば記入願います）					
フリガナ		性別	生年月日	続柄	連絡先
氏名		男 女	年 月 日		
住所					