

令和3年 4月 17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。

## &lt;届出者&gt;

住所	氏名	連絡先
盛岡市浜民字泉田999	玉山 良子	090-XXXX-XXXX

## &lt;届出に該当する受給者&gt;

受給者番号	氏名	生年月日
01-95-999999-9	玉山 健二	昭和21年1月10日

## &lt;受給者に関する変更&gt;

<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 checked="" type="checkbox"/> 保険証の変更	<input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり		
※ 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		被保険者氏名	玉山 健二
記号・番号・枝番	123456-789-01	資格取得年月日	令和3年1月10日
保険者番号	39032016	保険者名	岩手県後期高齢者医療広域連合
<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座の変更			
金融機関名	岩手 銀行・信組・農協 銀行コード(XXXX)	本店・支店名	浜民 支店出張所 支店コード(XXX)
口座番号	7 6 5 4 3 2 1	口座名義(カナ)	タマヤマ ケンジ
預金種別	普通・当座・貯蓄		
<input checked="" type="checkbox"/> 課税状況の変更(変更後)	( R1 年度)	<input type="checkbox"/> 課税	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 世帯員の増 <input checked="" 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	タマヤマ ジロウ		性別	生年月日		課税の状況 (変更後)
氏名	玉山 二郎		男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	S57.5.28		<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	山形	都道府県 <input checked="" type="checkbox"/>	山形	市区町村 <input checked="" type="checkbox"/>	昨年1月1日時点の住所地
フリガナ	タマヤマ サプロウ		性別	生年月日		課税の状況 (変更後)
氏名	玉山 三郎		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	S61.2.28		<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

<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 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日		
住所					