

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
		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"/> 医療保険の変更 <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり			
<small>※ 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</small>		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	
<input type="checkbox"/> 振込口座の変更			
金融機関名	銀行コード(                      )	本店・支店名 銀行・信金協 信組・農協 その他(                      )	支店支所出張所 支店コード(                      )
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"/> 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"/> 寡婦(寡夫)ではなくなった <input type="checkbox"/> 世帯主ではなくなった <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>

世帯員の増       世帯員の減       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、市長が受給資格に係る情報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	
転入の場合	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	
転入の場合	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