

変更・喪失

寡婦等医療費受給資格等 変更・喪失届

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。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
盛岡市若園町XX-X	若園 町子	090-XXXX-XXXX

<届出に該当する受給者>

受給者番号	氏名	生年月日
009999-9	若園 町子	昭和46年2月14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	若園 町子
記号・番号・枝番	0310XXXXX	資格取得年月日	令和3年4月1日
保険者番号	030015	保険者名	盛岡市国保

振込口座の変更

金融機関名	銀行コード(XXXX)	銀行・信金・信組・農協 その他()	本店・支店名	支店コード(XXX)	支店支所出張所	預金種別			
内丸	(XXXX)		若園	(XXX)	支店支所出張所	普通・当座・貯蓄			
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義(カナ)	ワカゾノ マチコ

課税状況の変更(変更後) (R1 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

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>

<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)	
フリガナ	ワカゾノ ハナコ		性別	生年月日		課税の状況 (変更後)	
氏名	若園 華子		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	H10.11.3		<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	東京 <input checked="" type="radio"/> 都道府県	豊島 <input checked="" type="radio"/> 市区町村	昨年1月1日時点の住所地	東京 <input checked="" type="radio"/> 都道府県	八王子 <input checked="" type="radio"/> 市区町村	
市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→							
フリガナ	ワカゾノ タロウ		性別	生年月日		課税の状況 (変更後)	
氏名	若園 太郎		男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	H9.4.28		<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	