

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＞

No.	受給者番号	氏名	生年月日
①	0 1 - - - -		年 月 日
②	0 1 - - - -		年 月 日
③	0 1 - - - -		年 月 日
④	0 1 - - - -		年 月 日
⑤	0 1 - - - -		年 月 日

＜受給者に関する変更＞

☐ 氏名の変更

☐ 住所の変更

※ 別居監護等の場合は下欄に記入願います

No.	氏名	住所
①		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
②		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
③		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
④		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
⑤		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ

☐ 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・信金協 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	
----	---	-----	--

