

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>

受給者番号	氏名	生年月日
0 1 - - -		年 月 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									
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				

☐ 資格の喪失		事由が発生した年月日		年 月 日			
☐ 転出		☐ 死亡※		☐ 生活保護開始		☐ 他事業に該当（ ）	
☐ 妊産婦ではなくなった		☐ その他（ ）					

※ 死亡の場合は、相続人代表者選任届（別様式）の提出が必要な場合があります 裏面にも項目があります →

