

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
01 - - -		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"/> 保険証の変更 <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり		
<small>※ 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</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 ( )	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)	
<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"/> 妊産婦ではなくなった <input type="checkbox"/> その他 (      )		

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

