

様式第7号(第10条関係)

医療福祉費受給資格等変更届		公費負担者番号		受給者	
		受給者番号		氏名	
届出事項	変更前		変更後		変更年月日
氏名	ふりがな		ふりがな		
住所					
扶養義務者	対象者又はその父母との続柄 ()		対象者又はその父母との続柄 ()		
所得	円		円		
支払い口座等	支払区分 金融機関名 口座番号 預金種類 口座名称		支払区分 金融機関名 口座番号 預金種類 口座名称		
障害の程度	級		級		
高校等在学状況	学校名等		学校名等		
加入保険の世帯主 被保険者 組合員	世帯主 被保険者 組合員		世帯主 被保険者 組合員		
種別 保険者の名称 所在地	協会・組・日・船・共・国・国組・後期		協会・組・日・船・共・国・国組・後期		
被保険者等の記号 ・番号					
医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおり届けます。 年 月 日 阿見町長 殿 住所 届出者 氏名					

医療福祉費受給資格等変更届		公費負担者番号	84080589	受給者	阿見 花子	
		番号	1234567	氏名	令和5年1月1日生	
届出	マル福受給者証の上部に記載されている公費負担者番号および受給者番号をご記入ください。		前	変更後	変更年月日	
氏			ふりがな			
住所						
扶養義務者	対象者又はその父母との続柄 ()		対象者又はその父母との続柄 ()			
所得	円		円			
支払い口座等	被保険者の氏名（父の会社の保険にご加入であれば、父の氏名）		支払区分 金融機関名 口座番号	預金種類 口座名称		
障害の程度	級		資格取得年月日または認定年月日をご記入ください。			
高校等在学状況	保険者名称または保険者番号をご記入ください。所在地の記入は不要です。		学校名等			
加入保険の世帯主 被保険組合員			阿見 太郎			
種別 保険者の名称 所在地	協会・組・日・船・共・国・国組・後期		協会・組・日・船・共・国・国組・後期 全国健康保険協会茨城支部 (01080019)			
被保険者等の記	上段に健康保険の記号、 下段に番号をご記入ください。 枝番の記入は不要です。		12345 678		令和5年4月1日	
記入日と申請者の住所・氏名をご記入ください。						
医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおり届けます。						
令和 5 年 5 月 1 日						
阿見町長 殿						
住所 阿見町中央一丁目1番1号						
届出者 氏名 阿見 太郎						

※マル福対象者の健康保険証（資格確認書）または資格情報のお知らせのコピーを必ず添付してください。