

(様式第4号) (第7条、第8条関係)

須坂市福祉医療費給付金受給者変更等届出書・受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先) 須坂市長

届出者(申請者)

住所

氏名

須坂市福祉医療費給付金条例施行規則第7条の規定又は第8条の規定により、次のとおり届出又は申請します。

受給対象者	受給者番号				氏名		生年月日			
							大昭平令	年	月	日
							大昭平令	年	月	日
							大昭平令	年	月	日
							大昭平令	年	月	日

変更の該当欄又は再交付欄の番号に○印をしてください。

1	住所								
2	氏名								
3	加入保険	種類	国・協・組・共・後・( )			記号-番号	—		
		保険者名 (保険者番号)	( )			被保険者氏名			
4	振込先口座	銀行・信金 信組・農協 労金		支店 支所 出張所		預金種別	1普通 2当座		
		口座番号			(フリガナ) 口座名義人				
5	受給者証の再交付								

交付日	年 月 日		
窓口受付		入力者	

(様式第4号) (第7条、第8条関係)

須坂市福祉医療費給付金受給者変更等届出書・受給者

# 保険・口座記入例

- ★対象者本人又は、保護者（未成年の場合）の氏名、住所、電話番号（携帯番号でも可）を記入してください。
- ★本人確認ができるものをお持ちください。

届出者（申請者）

住所 須坂市〇〇-△  
 氏名 須坂 一郎

須坂市福祉医療費給付金条例施行規則第7条の規定又は第8条の規定により、次のとおり届出又は申請します。

受給対象者	受給者番号	氏名	生年月日
	0123456789	須坂 花子	平成25年 4月 1日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

対象者本人の受給者番号、氏名、生年月日を記入してください。

変更の該当欄又は再交付欄の番号に

対象者本人の新しい保険証（現在お使いのもの）の内容についてご記入ください。  
**※必ず対象者本人の健康保険証の写しを添えてください**

1	住所					
2	氏名					
③	加入保険	種類	国・協・ <b>細</b> ・共・後・( )	記号-番号	123 - 456	
		保険者名	〇〇健康保険組合	被保険者氏名	須坂 一郎	
④	振込先口座	種類	銀行・信金 信組・農協 労金	支店 支所 出張所	預金種別	普通 2当座
		口座番号	0123456	(フリガナ) 口座名義人	スザカ イチロウ 須坂 一郎	
		銀行名	すざか	支店名	須坂西	
5	受給者証の再交付					

変更する振込口座の内容について記入してください

窓口受付		入力者	
------	--	-----	--