

後期高齢者福祉医療費受給者変更届

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

届出者氏名		受給者との関係	本人・その他 ()
連絡先電話番号	自宅・携帯 ()		—

次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者について変更がありましたので届出いたします。
また、届出内容の事実の確認のために必要な健康保険の加入状況等の公簿の閲覧に関し同意します。

受給者番号	
受給者氏名 ※変更の場合は変更前	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 連絡先 () — 個人番号
受給者の生年月日	大正・昭和 年 月 日

変更区分		変更の内容	
変更後	<input type="checkbox"/> 住 所	<input type="checkbox"/> 住所地利例 岡崎市	
	<input type="checkbox"/> 氏 名		
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 情報照会	
	<input type="checkbox"/> 認定区分	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 独り暮らし <input type="checkbox"/> 独り暮らし <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	有効期間 <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり
	<input type="checkbox"/> 手帳等級	<input type="checkbox"/> 精神 級 ⇒ 級	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
<input type="checkbox"/> 有効期間 延長	令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 在留期間延長	
<input type="checkbox"/> その他			

※加入医療保険の変更の場合は、新しい保険の情報が確認できるものを提示してください。

受 付	受給者証	確 認
<input type="checkbox"/> 受給者証回収		
<input type="checkbox"/> 返信用封筒		
<input type="checkbox"/> 次回番号持参依頼		

番号確認	個人番号カード・個人番号通知カード・住民票・その他 ()
身元確認	個人番号カード・運転免許証・住民基本台帳カード・パスポート・在留カード・障がい者手帳(顔写真付き)・その他 ()
	A) 健康保険証・介護保険証・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書・その他 () B) 学生証・キャッシュカード・診察券・その他 ()

※顔写真有のものは1点、顔写真無のものは2点(A+A又はA+B)を確認

※独り暮らし・寝たきりの住所変更
⇒認定要件の確認 済