

後期高齢者福祉医療費受給資格等変更届

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所 岡崎市十王町2丁目3番地

氏名 岡 崎 太 郎 印
(電話 局 番)

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。

| | | | |
|----------------|---------------|--------------|------------------------|
| 受給者証の 受給者番号 | 9 9 9 9 9 9 9 | | |
| 変 更 の 内 容 | 住所 | 氏名 | 被保険者証等の記載内容 その他 () |
| | 変更前 | 岡崎市十王町2丁目9番地 | |
| | 変更後 | 岡崎市十王町2丁目3番地 | |
| 変更の年月日 | 平成 年 月 日 | | |

- 注1 「変更の内容」欄には、該当する にレ印を記入してください。
2 この届書には、後期高齢者福祉医療費受給者証を添付してください。

| | | | |
|-----|------|------|-----|
| 電 算 | 受給者証 | 統計区分 | 保 険 |
| | | | |