

沖縄市重度心身障がい者(児)医療費助成受給資格登録変更・喪失届

記入例

窓口に来られた方 沖繩 太郎

住所 沖繩市 仲宗根町 2 6 - 1

電話 番 号 098-939-1212

該当するところのみ記入

受給資格者番号		受給資格者氏名	生年月日
変更事項		旧	新
対象者	氏名	変更前の氏名	変更後の氏名
	住所	変更前の住所	変更後の住所
	変更年月日	年 月 日	年 月 日
加入医療保険	被保険者氏名	変更前の被保険者氏名	変更後の被保険者氏名
	記号・番号	変更前の記号・番号	変更後の記号・番号
	(保険者番号) 保険者名称	変更前の保険者名称	変更後の保険者名称
	資格取得日	年 月 日	年 月 日
口座情報	金融機関本・支店名	変更前の金融機関名	変更後の金融機関名
	番号	変更前の番号	変更後の番号
	名義人(カタカナ)	変更前の名義人	変更後の名義人
資格喪失	理由	1. 転出(住所 電話) 2. 生活保護受給 3. 死亡 4. その他()	
	喪失日	年 月 日	年 月 日
備考			