

福祉医療費受給者保険変更届出書

山口市長様		令和 年 月 日	
		個人番号 _____	
		届出者氏名 _____	
		電話番号 _____	
受給者	記号・番号	ふりがな氏名	生年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
	住所	山口市	
変更年月日		年 月 日	
新しい加入医療保険			
記号・番号			
被保険者氏名		続柄	
被保険者住所			
保険者番号			
保険者名称			
備考			

(注)この届書には、保険証を添付してください。

同意書

次のことについて同意します。

- 医療に関する給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
- 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
- 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。
- 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。

令和 年 月 日

山口市長様

被保険者氏名

※被保険者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。