

福祉医療費受給者保険変更届出書

記入例

山口市長様		提出日を記入		令和3年2月1日	
届出をする方の氏名を記入		個人番号	123456789012		
		届出者氏名	山口太郎		
		電話番号	083-934-2803		
受給者	記号・番号	ふりがな氏名	生年月日		
	48-12345	やまぐち じろう 山口 二郎	平成24年2月1日		
			年 月 日		
			年 月 日		
	住所	山口市 亀山町2-1			
変更年月日		令和3年2月1日			
新しい加入医療保険					
記号・番号		山3 0123456789			
被保険者氏名		山口太郎	続柄	父	
被保険者住所		亀山町2-1			
保険者番号		350033			
保険者名称		山口市			
備考					

被保険者氏名は同意書欄と同一氏名となります

この届出を受け付ける際は、必ず裏面に新しい保険証のコピーを添付してください。

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を支払うことができる場合、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料を市が確認すること。

被保険者本人が手書きしない場合は、記名・押印が必要です

令和3年2月1日

提出日を記入

山口市長様

被保険者氏名

山口太郎

山口

※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。