

加入医療保険変更届出書 (社保→社保の場合のみ)

届出者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

次の福祉医療費受給者の加入医療保険を変更しましたので、届け出ます。

(1) 受給者 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
福祉番号 _____ 受給者証番号 _____

(2) 受給者 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
福祉番号 _____ 受給者証番号 _____

(3) 受給者 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
福祉番号 _____ 受給者証番号 _____

(4) 受給者 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
福祉番号 _____ 受給者証番号 _____

(5) 受給者 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
福祉番号 _____ 受給者証番号 _____

※資格確認書のコピーを添付した場合は、記入不要

① 記号 _____ 番号 _____

② 被保険者氏名 _____ 受給者との続柄 _____

③ 被保険者の住所 _____

④ 資格取得日 _____ 年 月 日

⑤ 保険者番号 _____

⑥ 保険者の名称 _____

健康保険の資格情報をマイナンバーに連携済み