

年 月 日

㊦ 福祉医療

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 \_\_\_\_\_

新加入医療保険の内容 (健康保険証を見て記入してください。)

※健康保険証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 \_\_\_\_\_