

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（健康保険証または資格確認書、もしくはマイナポータルを見て記入してください。）

※健康保険証または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