

乳幼児等 ひとり親家庭等

重度心身障がい者 精神障がい者入院

年 月 日

釧路市長 あて

医療受給資格関係届

届出に來られた方

1. 変更届

加入保険	. .
住所	. .
氏名	. .
その他	. .

2. 喪失届

転出	
死亡	. .
その他	証返還 有・無

3. 再交付

紛失		き損		その他	
----	--	----	--	-----	--

住所	釧路市 黒金町7 丁目 5 番 号		
氏名	釧路 花子		
続柄	母	電話番号	0154-31-4526

受給者	氏名	生年月日	受給番号
	釧路 太陽	H29・6・15	
	釧路 はな	H31・4・6	
	釧路 ゆうひ	R2・12・30	
		. .	
		. .	
		. .	

届出者の
・住所
・氏名
・続柄
・電話番号
を記入してください

受給者の
・氏名
・生年月日
を記入してください

変更後の保険証等貼付欄

* 貼付ができない場合、記載

変更後の加入保険	保険種別	国・退・国組・協会・船・共・組										
	保険証の記号								番号			
	保険者の名称											
	保険者番号											
	被保険者の氏名											

受付印

処理欄	<input type="checkbox"/> オンライン	<input type="checkbox"/> 名簿報告
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>