

老

老人医療費受給資格者異動届

受給者	フリガナ		受給者番号										
	氏名												
	住所		生年月日	年 月 日									
			個人番号										

異動事由

1 喪失

☐ 死亡

☐ 転出

☐ 受給要件非該当

☐ 生保加入

☐ その他（他の福祉制度受給開始・後期選択・

2 変更（該当項目に☑を入れ、変更内容のみ記入）

		変 更 内 容	
変 更 項 目		変 更 後	変 更 前
☐ 住所の変更			
☐ 氏名の変更			
☐ 加入健康保険の変更	被保険者氏名		
	受給者との続柄		
	保険者の名称	（保険者番号	）（保険者番号
	記号・番号		

上記のとおり関係書類を添えて届出します。

年 月 日

（宛先）亀岡市長

〒

住所

氏名

市 使 用 欄	事 由 発 生 日	年 月 日	備 考		確認者
	異 動 年 月 日	年 月 日			
	証回収年月日	年 月 日			