

決 裁	課長	主幹	グループリーダー	係	受付	年 月 日
					交付	年 月 日
					決裁	年 月 日
重度心身障害者医療費受給資格者証 再交付申請書・受給資格内容等変更届						
受給資格者証 記号番号		受給資格者氏名		生年月日	住 所	
		<input type="checkbox"/> 届出人に同じ		T S H R	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ	
変更内容		新		旧		異動年月日
住所変更				下野市		..
加入 保険 変更	被保険者					..
	記号番号					
	保険者番号					
	保険者名称	下野市国保 国民健康保険組合 健康保険組合 共済組合 後期高齢者医療広域連合 全国健康保険協会 () 支部		下野市国保 国民健康保険組合 健康保険組合 共済組合 後期高齢者医療広域連合 全国健康保険協会 () 支部		
振込先変更		銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所 支所	口座番号(普通)		
				フリガナ		
				口座名義		
備考						
上記のとおり関係書類を添えて、(申請・届出) します。 年 月 日 下野市長 様 住 所 下野市 届出人 氏 名 (印) 電 話 ()						

(注) 太枠は記入しないでください。

変更等該当箇所に記入し、署名又は記名押印してください。