第8号様式

加入医療保険変更届

(精神障害者医療費)

年　　　月　　　日

　　御杖村長　殿

届出者　住所

氏名

　下記のとおり加入医療保険に変更が生じましたので届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格証　受給者番号 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後の加入医療保険 | 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 受給者との続柄 | | |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 保険種別 |  | | | | | | | | | 本人家族 | 被保険者の記号番号 |  |  | |
| 保険者番号及び名称 |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者の所在地 | |  | | | |
|  | | | | | | | |
| 変更の年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者資格喪失年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定 |  | 課長 | 課長補佐 | 課長補佐 | 係 | 決裁年月日 |  |
|  |  |  |  |  | 対象 | 継続対象  (　年　月　日まで有効)  対象外 |
| 台帳整理 |  |

(注)　「変更後の加入医療保険」中一部に変更があった場合は、変更のあった箇所の見出しに○をつけてください。