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。