

受給者証の
公費負担者番号を上段に、
受給者番号を下段に、
受給者氏名を右欄に記入。

例：妊婦マルフクの有資格者で、婚姻により
氏、口座、保険証を変更したとき。

公費負担者番号／受給者番号	受給者氏名
86086975	坂東 花
0123456	

届出事項	変更前	変更後	変更年月日
氏名	イワイ ハナ	バンドウ ハナ	平成30年7月9日
	岩井 花	坂東 花	

氏名の変更は、変更前・変更後欄のそれぞれ
上段にフリガナ、下段に氏名を、変更年月日
に氏名を変更した年月日を記入。

口座の変更は、変更後欄に新しい口座を
記入。
※必ず、通帳（金融機関名、支店名、口
座名義人、口座番号のわかるページ）の
コピーを添付。

所得			
支払い口座等		支払区分 金融機関名 支店名 口座番号 口座名義人	預金種目 普通 〇〇銀行 〇〇支店 01234567 バンドウ ハナ
障害の程度			
高校等在学状況			
加入保険の世帯主 被保険 組合	保険証の変更は、変更後欄に	坂東 太郎	平成30年7月9日
種 保険者の名 所在	被保険者 保険者の名称 記号番号	〇〇健康保険組合	平成30年7月9日
被保険者証等の 記号番号	変更年月日は加入日又は認定 日を記入。 ※必ず保険証のコピーを添 付。	記号 番号	01234567899 01234 平成30年7月9日

医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、
医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおり届けます。

平成30年 7月20日
坂東市長様

届出者

住所 坂東市岩井4365番地

氏名 坂東 花 

郵送の場合は、各添付書類のコピー、現在お使いの受給者証、
切手を貼り返送先を記入した封筒を同封のうえ、
坂東市役所保険年金課医療福祉係宛にお送りください。