

医療福祉費受給資格等変更届

変更する者

公費負担者番号	受給者番号	受給者氏名	生年月日	個人番号
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

変更の内容

変更事項	変更後	変更年月日	個人番号
氏名			
住所			
扶養義務者			
所得			
支払口座等			
障害の程度			
高校等在学状況			
加入保険の世帯主・ 被保険者・組合員			
保 険 者 の 種 別 , 名称及び所在地			
被保険者証等の 記 号 番 号	記号 番号		

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、
上記のとおり届けます。

年 月 日

水戸市長 様

住 所

届出者 氏 名

電話番号

記入にあたっての注意

様式第6号（第10条関係）

医療福祉費受給資格等変更届

変更する者

公費負担者番号	受給者番号	受給者氏名	生年月日	個人番号
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

変更の内容

保険証が変更となった方の氏名、生年月日をご記入ください。

変更事項	記号	番号
氏名		
住所		
扶養義務者		
所得		
支払口座等		
障害の程度		
高校等在学状況		
加入保険の世帯主・ 被保険者・組合員		
保険者の種別、 名称及び所在地		
被保険者証等の 記 号 番 号	記号 番号	

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、
上記のとおり記入してください。

記入日

年 月 日

水戸市長 様

受給者（受給者が子どもの場合は保護者の方）の住所、氏
名、電話番号をご記入ください。

住 所
氏 名
電話番号

届出者