

様式第9号(第9条関係)

高森町重度心身障害者医療費受給資格者異動届出書									
高森町長 様 年 月 日 届出者 住所 氏名 次のとおり、受給資格者に係る事項(に変更が生じた・が消滅した)ので、高森町重度心身障害者医療費助成に関する条例第10条の規定により届け出ます。									
変更事項	氏 名	新					受 給 資 格 者 番 号		
		旧							
	住 所	新							
		旧							
	保 険	新	種 類			記号番号			
			被保険者名			受給資格者との続柄			
			保 險 者 名			附加給付			
		旧	種 類			記号番号			
			被保険者名			受給資格者との続柄			
			保 險 者 名			附加給付			
受の給要 資件 格消 者減	1 町外に転出(転出先 _____) 2 受給資格者の死亡(_____ 年 月 日死亡) 3 その他 (_____)								
添付書類 ・ 保険の変更については、医療保険の被保険者証 ・ 受給資格者証									