

高齢重度障害者医療費助成受給資格「内容変更届」兼「喪失届」の書き方

～ 相続人口座に変更する場合の記入例 ～

- ・ボールペンで記入してください（消せるボールペンや鉛筆等は不可）
- ・ で囲っている部分を記入してください。
- ・電話番号は必ず日中に連絡がつく電話番号を記入してください。

届出を行う年月日（郵送の場合はポストに投函する日）を記入してください。

亡くなられた受給者の方について記入してください。

相続人の方について記入してください。ご連絡する機会があるため、必ず日中に連絡のつく電話番号をご記入ください。

・「口座変更」にを入れ、右の「下記振込先口座のとおり」にもを入れてください。
 ・「振込通知先変更」にを入れ、右の「下記振込通知先のとおり」にもを入れてください。

・相続人の方の口座を記入してください。
 ・振込時に通知書を送付しますので、相続人の方の住所を記入してください。

高齢重度障害者医療費助成受給資格「内容変更届」兼「喪失届」

申請日：令和 6 年 5 月 1 日

次のとおり医療費助成資格の内容に変更が生じたので、届出します。

神戸市 中央 区 長 宛

受給者番号		後期高齢被保険者番号	
氏名	神戸 太郎	生年月日	大昭 9 年 4 月 1 日
住所	中央 区 加納町 6-5-1	連絡先	080 - 0000 - 0000

※住所又は氏名変更の場合、旧住所・旧氏名でご記入ください。

届出人	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ（受給者と同じ場合は以下記入不要）		
氏名（続柄）	神戸 花子 （子）	連絡先	080 - 1234 - 5678
住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ 神戸市兵庫区 〇〇町 1-2-3 <input type="checkbox"/> マンション 101 号		

事由発生日	平成・令和	年	月	日	（転出の場合は転出〔予定〕年月日）
-------	-------	---	---	---	-------------------

変更・喪失事由およびその内容	<input type="checkbox"/> 変更事由	変更後内容	<input type="checkbox"/> 喪失事由	喪失後内容
	<input type="checkbox"/> 氏名変更		<input type="checkbox"/> 死亡	
	<input type="checkbox"/> 区内転居	<input type="checkbox"/> 下記新住所のとおり	<input type="checkbox"/> 市外へ転出	<input type="checkbox"/> 下記新住所のとおり
	新住所（転出・転居先）	<input type="checkbox"/> 住民異動届に記載のとおり	〒	-
	<input type="checkbox"/> 保険変更	被保険者証のコピー または 【別紙】健康保険増額を添付してください	<input type="checkbox"/> 生活保護開始（停止解除）	適用証明書等のコピーを添付してください
	<input type="checkbox"/> 障害状況変更	手帳等のコピーを添付してください	<input type="checkbox"/> 障害状況軽減	手帳等のコピーを添付してください
<input type="checkbox"/> 扶養義務者変更	氏名 （受給者との続柄：） 姓 大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 配偶者変更	住所 〒 -			

<input checked="" type="checkbox"/> 口座変更	<input checked="" type="checkbox"/> 下記振込先口座のとおり	受給者証 受領印
<input checked="" type="checkbox"/> 振込通知先変更	<input checked="" type="checkbox"/> 下記振込通知先のとおり	

振込先口座	金融機関コード	支店コード	口座番号
	0000 銀行 信金 信組・農協	1 2 4 支店 普通 当座 貯蓄	1 2 3 4 5 6 7
名義人	フリガナ コウベ ハナコ		
	神戸 花子		
振込通知先	〒 652 - ××××		
	神戸市兵庫区 〇〇町 1-2-3 <input type="checkbox"/> マンション 101 号		
	(方書) 様方 (TEL 080 - 1234 - 5678)		

この欄は記載不要です