

精神障害者医療費助成 変更届

年 月 日

大和郡山市長 様

申請者 住所									
氏名									
電話(.....)									
受給者氏名				生年月日			受給資格証受給者番号		
				年 月 日					

下記のとおり届け出ます。

変更日		喪失理由	1 死亡 2 転出 3 保険喪失 4 生保開始 5 却下 6 その他					
年 月 日			変更内容 1 保険変更 2 配偶者・扶養義務者変更 3 振込口座変更 4 その他					

氏 名 (配・扶) 変更	新	個人番号：								
	旧									
転出	新住所									
加入 保険 変更	被保険者	フリガナ				生年 月 日	年 月 日			
		氏名								
		個人番号：								
	住所 (申請者と異なる場合のみ記入)				受給者との 続柄					
保険者名称 及び番号					記 号	番 号				
	番号									

※ 加入医療保険変更の場合、新しい健康保険証の写しを添付してください。

口座 変更	銀 行		本店		口座番号				普通 当座	名 義	フリガナ
	信用金庫 農 協		支店 出張所								
銀行コード											※ 受給者または扶養義務者以外の口座を希望される場合は、下記の委任状にご記入ください。
店番											

(委任状)

私は、..... を代理人と定め、次の権限を委任する。

精神障害者医療費助成金の受領に関すること。

申請者

氏名.....印

代理人

住所.....

受給者または
氏名.....印(申請者との続柄.....)