福祉医療費給付金変更･喪失届

変更又は喪失対象者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日 ・ ・

＿＿＿＿＿＿＿＿ ・ ・

＿＿＿＿＿＿＿＿ ・ ・

＿＿＿＿＿＿＿＿ ・ ・

変更内容 □住所・氏名 □加入保険 □支払口座 □その他

喪失内容 □死亡（ 年 月 日） □転出（ 年 月 日）
□ その他

	変 更 前	変 更 後
住所	坂城町大字 番地	坂城町大字 番地
氏名		
加入保険	記号 番号	記号 番号
	被保険者名	被保険者名
	認定年月日	認定年月日
	保険者名称	保険者名称
口座	銀行／信金 支店	銀行／信金 支店
	信組／農協 支所	信組／農協 支所
	口座番号（普通／当座）	口座番号（普通／当座）
	口座名義人	口座名義人

年 月 日

坂 城 町 長 様

申請者氏名 印
続柄
電話