重度障害者医療費受給資格内容等変更届

受給者番号	受給者氏名	
	生年月日	年　　月　　日
住　　所		
個人番号(マイナンバー)		

資格内容等を変更する者または新たに扶養義務者となった者の氏名及び個人番号、住所地	氏名	生年月日	続柄	個人番号 (マイナンバー)	1月1日時点の住所地 (受給者の住所と異なる場合に記入)

【届出事項】

☐ 氏名の変更　☐ 住所の変更　☐ 医療保険の種類又は記載事項の変更

☐ 扶養義務者の変更　☐ その他（　　）

変更事項	変更年月日	年　　月　　日
	旧（変更前）	新（変更後）

上記のとおり変更したので、受給者証を添えて届け出ます。

○この申請に関し、市民税の所得状況について必要な調査をされることに同意します。

年　　月　　日

住　　所

届出者

氏　　名

（受給者との続柄　　）

長岡市長　　磯田　達伸　　様

後期高齢者医療 国民健康保険 高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費部分に限る。）支給申請書兼受領委任状

被保険者記号番号		受給者番号	
被保険者氏名		適用期間	年　診療分から

上記の者について、高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費に係る部分に限る。）に該当し、その支給額が新潟県医療費助成事業（県単）の助成相当額であるときは、高額療養費並びに高額介護合算療養費（医療費に係る部分に限る。）の支給の申請及び受領を新潟県国民健康保険団体連合会会長又は長岡市長に委任します。

令和　　年　　月　　日

様

被保険者　　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（国保世帯主）

生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日