

記入例

老人医療費受給資格内容等変更届

受給者番号	受給者氏名	長岡 一郎
0123456	生年月日	昭和 34 年 11 月 2 日
住 所	長岡市大手通1丁目4番地 10	
個人番号	012345678901	

受給者について記入してください。

変更内容について記入してください。

受給者について記入してください。

【届出事項】		
<input type="checkbox"/> 氏名の変更	<input type="checkbox"/> 住所の変更	
<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険の種類又は記載事項の変更		
<input type="checkbox"/> 転出の届出	<input type="checkbox"/> 死亡の届出	
変 更 事 項	変 更 年 月 日	令和 6 年 12 月 10 日
	旧 (変更前)	新 (変更後)
	12345 11 全国健康保険協会 新潟支部	長岡 0123456789 長岡市

上記のとおり変更しましたからお届け致します。

令和 6 年 12 月 10 日	住 所	長岡市大手通1丁目4番地 10
	届出者	
	氏 名	長岡 一郎
		(受給者との続柄 本人)

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	長岡 一郎	適用期間	令和 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

世帯主 氏 名	長岡 一郎
(申請人)	
生年月日	昭・平・令 34 年 11 月 2 日

本人の健康保険が国民健康保険の場合のみ、保険の世帯主について記入してください。