

<記入例>

奈良市後期高齢者精神障害者医療費助成金変更届

〇〇 年 〇 月 〇 日

(宛先) 奈良市長

1～5は変更があった事項
のみ記入してください。

届出者住所 奈良市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏 名 奈良 花子

電話 0742 — XX — XXXX

妻
受給者との続柄

次のとおり届け出ます。

受給者氏名		奈良 太郎				生年月日		〇〇 年 〇 月 〇 日				
1 氏名変更	新	奈良 太郎										
	旧	鹿 太郎										
2 住所変更	新	奈良市 〇〇町〇丁目〇番〇号										
	旧	奈良市 △△町△△番地										
3 加入医療保険変更	新	被保険者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	資格取得 (認定) 年 月 日	〇〇 年 〇 月 〇 日
		保険者番号	3	9	2	9	2	0	1	6	保険者名称	奈良県 後期高齢者医療広域連合
	旧	保 険 者 称	大阪府 後期高齢者医療広域連合									
4 口座変更	新	金融機関名	〇〇銀行							支店名	〇〇支店	
		口座番号	普通 当座	△	△	△	△	△	△	(フリガナ) 口座名義人	ナラ タロウ 奈良 太郎	
	旧	金融機関名	××銀行							支店名	××支店	
		口座名義人	奈良 花子									
5 資格喪失	理由	死亡 転出 生活保護 手帳の等級変更 その他 (										
変更・喪失 年 月 日		年 月 日										