

記入例

後期高齢者福祉医療費受給資格等変更届

医療費受給者証（藤色・はがきサイズ）に印字されている受給者の氏名等を記入

住所 長久手市
氏名
電話

次のとおり変更が生じました。

受給者番号

区分 新 変更年月日

住所 愛知県長久手市

医療費受給者証（藤色・はがきサイズ）に印字されている受給者番号を記入

3 戦傷病者手帳所持

受給者の加入している健康保険が変更となった場合は、**受給者の健康保険証のコピー**も提出してください。

受付

受付内容
確認

入力確認

受給者証返却依頼済み（R . . . 受領）