様式第７号(第９条関係)

|  |
| --- |
| 福祉医療費受給資格認定事項異動届 |
| 受 給 者 証記号・番号 | 　 | ※ |
| 異 動 内 容 | 異動前 | 異動後 | 異動理由 |
| 支給対象者 | 氏名 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　 | 　 |
| 住所 |  |  |
| 受　給　者 | 氏名 |  |  | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 　 | 　　 |
| 加入医療保険 | 加入医療保険の名称 | 　 | 　 | 　 |
| 資格確認書等の記号番号 | 　 | 　 |
| 被保険者名 | 　 | 　 |
| 附加給付 | 　 | 　 |
| その他の異動事項 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　上記のとおり異動しましたので届け出ます。あわせて、異動内容の審査及び異動後の福祉医療費支給申請に対する審査・支給額決定にあたり、次の事項に同意します。１　世帯の所得状況等を公簿又は個人番号により確認することに同意します。２　福祉医療費支給の算定に必要な被保険者及び被扶養者又は世帯員の高額療養費、附加給付金その他の支給に関する情報を市長が保険者へ確認することに同意します。３　市が支給した福祉医療費については、事後に保険者が規定する高額療養費、附加給付金等を受領した場合、その受領額と重複する福祉医療費相当額を市へ返還することに同意します。年　　月　　日　　　　松浦市長　　　　様住所　　　　　　　　　　　　　届出者　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　 　　　　　　　　　　㊞ |

※　異動前の欄は全記載

　異動後の欄は変更のみ記載

備考　押印すべき者が氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。