

柏市重度心身障害者医療費受給資格喪失・変更届書

令和 ○年 ○月 ○日

柏市長

あて

申出者

住所： 柏市柏五丁目10番1号

氏名： 柏 太郎

対象者との続柄 (本人)

電話 04 (7167) 1111

次のとおり届出します。

受給者番号		柏		号	
対象者	氏名	カシワ タロウ		生年 月日	平成元年 5月 1日生
		柏 太郎			
住所	〒 277-0005				
	柏市柏五丁目10番1号				
失権	1 転出	転出先:			
		転出年月日: 年 月 日			
	2 死亡	死亡年月日: 年 月 日			
3 その他					
振込先	金融機関名 柏 銀行 柏 支店				
	口座番号 (普通) 1234567				
変更内容	変更後	①住所 柏市柏5-10-1 ③保険証 柏市国民健康保険			
		②氏名 柏 太郎 ④口座 柏銀行柏支店 普通1234567 柏花子			
備考	変更前	①住所 柏市十余二1 ③保険証 社保			
		②氏名 松戸 太郎 ④口座 松戸銀行松戸支店 普通2345678 柏太郎			