

高齢重度障害者医療費助成受給資格「内容変更届」兼「喪失届」の書き方

～ 口座変更の場合の記入例 ～

- ・ ボールペンでお書きください（消せるボールペンや鉛筆等は不可）
- ・ で囲っている部分を記入してください。
- ・ 高齢重度障害者医療費受給者証のコピー、通帳（口座番号のわかるもの）のコピーを添付してください。
- ・ 電話番号は必ず日中に連絡がつく電話番号を記入してください。

届出を行う年月日（郵送の場合はポストに投函する日）を記入してください。

申請日：令和 6 年 5 月 1 日

受給者の方について記入してください。

連絡をさせていただく場合があるため、必ず日中に連絡のつく電話番号をご記入ください。

神戸市 中央 区長 宛	受給者番号	後期高齢被保険者番号
氏名	神戸 太郎	生年月日
住所	中央 区 加納町 6-5-1	大昭 19 年 4 月 1 日
連絡先	080 - 0000 - 0000	※平日の日中に連絡がつく電話番号（携帯等）
届出人	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ（受給者と同じ場合は以下記入不要）	
氏名（続柄）	()	連絡先
住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	

届出人を記入してください。

- ・ 受給者本人の場合：
「受給者と同じ」にを入れてください
- ・ 受給者本人以外の方の場合：
その方の氏名・連絡先・住所を記入してください

「口座変更」にを入れ、右の「下記振込先口座のとおり」にもを入れてください。

変更事由	変更後内容	喪失事由	喪失後内容
<input type="checkbox"/> 氏名変更		<input type="checkbox"/> 死亡	
<input type="checkbox"/> 区内転居	<input type="checkbox"/> 下記新住所のとおり	<input type="checkbox"/> 市外へ転出	<input type="checkbox"/> 下記新住所のとおり
新住所（転出・転居先）	<input type="checkbox"/> 住民異動届に記載のとおり	〒	-
<input type="checkbox"/> 保険変更	被保険者証のコピー または 【別紙】健康保険情報を添付してください	<input type="checkbox"/> 生活保護開始（停止解除）	適用証明書等のコピーを添付してください
<input type="checkbox"/> 障害状況変更	手帳等のコピーを添付してください	<input type="checkbox"/> 障害状況軽減	手帳等のコピーを添付してください
<input type="checkbox"/> 扶養義務者変更	氏名 (受給者との続柄：) 年月日 大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 配偶者変更	住所 〒 -		
<input checked="" type="checkbox"/> 口座変更	<input checked="" type="checkbox"/> 下記振込先口座のとおり		
<input type="checkbox"/> 振込通知先変更	<input type="checkbox"/> 下記振込通知先のとおり		

振込みを希望する口座（受給者本人口座）を記入してください。

金融機関コード	支店コード	1 2 4	口座番号
0000	銀行 信金 信組・農協	支店 普通 当座 貯蓄	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	名義人	続柄	
コウベ タロウ	神戸 太郎	本人	
振込通知先	(方書) 様方 (TEL - -)		

この欄は記載不要です