1 子ども
2 心身障害者
3 母子・父子

白馬村福祉医療費受給者 異動届

年 月 日
白馬村長 宛
住所 白馬村大字 城
届出者 (記入した人) 氏名
(印)

受給者番号	年 月 日	受給者名 氏名
-------	-------	------------

異動事由 (該当番号に○をして下さい)	内 容
------------------------	-----

1	転 出	新住所	
*転出による資格喪失後も給付は継続します。口座の変更がある場合は口座変更にも記入をお願いします ☐ 変更あり ☐ 変更なし			

2	死 亡	死亡年月日	年 月 日
*死亡による資格喪失後も給付は継続します。口座変更にも記入をお願いします。			

3	口座変更	金融機関		銀行・金庫・農協	
		支店・支所		支店・支所・店	
		口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	
		ふりがな			
		口座名義			

4	転 居	新住所	白馬村大字 城
---	-----	-----	---------

5	保険異動	保険者名称								
		保険者番号								
		記号	番号							
		種 別	被保険者・被扶養者							

6	資格喪失	理 由	
---	------	-----	--

7	再交付	理 由	
---	-----	-----	--

8	その他	理 由	
---	-----	-----	--

課 長	係 長	課 員	担 当
			上記とおり確認しました。 年 月 日
			印