

様式第10号(第13条関係)

受給者証に記載している番号、氏名、生年月日を記入してください。

身体障害者(3級)医療費受給資格変更届

受給者番号		第 号	
受給者氏名		(年 月 日生)	
変更事項		変更前	変更後
受給者	氏名		
	住所		
保護者	被保険者証(例) 本人(家族)		
	記号 ○○○○ 番号●●●●	該当する箇所に記入してください。 ・被保険者氏名は『本人』の場合は氏名を、 『家族』の場合は被保険者氏名を記入 してください	
加入医療保険等	氏名 □□ □□ 性別 ◇	退) 協会・組・船・共・国組・国(一・退)	
	生年月日 ~X年Y月Z日 交付日 A年B月C月 被保険者氏名 □□ △△		
振込先	保険者番号 ○○○○○○○○○○		
	保険者名 ▲▲▲▲▲組合		
	保険者所在地 ■■県■■市■■町~	銀行店	
	口座番号		
預金種別	普通 · 当座	普通 · 当座	
その他の			
変更年月日	年 月 日		

上記のとおり変更があったので、受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

届出する方の住所、氏名を記入してください。

届出人(受給者等)

住所

氏名

釜石市長 宛て