

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

受給者証番号		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	該当する箇所に記入 してください。			
	住所				
保護者	氏名		続柄		続柄
	住所				
加入医療保険等	保険種別	協会・組・船・共・国組・国(一・退)		協会・組・船・共・国組・国(一・退)	
	被保険者氏名				
	保険者名				
	記号番号				
振込先	口座名義人				
	金融機関	銀行 店		銀行 店	
	口座番号				
	預金種別	普通 ・ 当座		普通 ・ 当座	
その他					
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