

該当する箇所を、
○で囲んでください。

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。

子 ども
妊 産 婦
重度心身障害者

医療費受給資格変更届

加入者番号		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	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)・後期		協会・組・船・共・国組・国(一・退)・後期	
	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