

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。(係)

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

受給者証番号	受給者氏名
	(年 月 日生)
	(年 月 日生)
	(年 月 日生)
	(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