

乳幼児、児童及び生徒医療費受給資格内容変更届出書

年 月 日

会津美里町長

〒

住 所 会津美里町

届出者

氏 名

連絡先 ( )

次のとおり受給資格内容に変更が生じたので届出します。

変 更 事 由	1氏名 2住所 3加入健康保険 4振込先金融機関 5喪失(転出・国保加入)				
受 給 資 格 証 番 号	受 給 資 格 証 番 号	受 給 資 格 証 番 号	受 給 資 格 証 番 号	受 給 資 格 証 番 号	受 給 資 格 証 番 号
乳幼児・児童・生徒氏名	乳幼児・児童・生徒氏名	乳幼児・児童・生徒氏名	乳幼児・児童・生徒氏名	乳幼児・児童・生徒氏名	乳幼児・児童・生徒氏名
生年月日( 年 月 日)	生年月日( 年 月 日)	生年月日( 年 月 日)	生年月日( 年 月 日)	生年月日( 年 月 日)	生年月日( 年 月 日)
住所 会津美里町					
加入健康保険	被保険者名	記号	保険者名		
		番号			
	保険者番号	資格取得日	勤務先		
		年 月 日			
金融機関 振込先	金融機関名	口座名義人		種別	
	支店名			普・当(該当を○で囲む。)	
				口座番号	
変更事由1～4 (転居前住所)			変更年月日	年 月 日	備考 受給資格証の返還(済・未)
変更事由5 転出先住所			喪失年月日	年 月 日	

注1 変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。

2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。

3 受給資格証を添付してください。