

- 子どもの医療費
- ひとり親家庭等医療費 受給資格内容等変更届
- 妊産婦医療費

令和 年 月 日

(あて先) 南魚沼市長

住所 南魚沼市
 申請者 氏名
 電話 ()

受給者証 申請者氏名				
変更となる者の氏名	受給者番号	氏名	生年月日	※市町村記入
			S・H・R 年 月 日	子親妊
			S・H・R 年 月 日	子親妊
			S・H・R 年 月 日	子親妊
			S・H・R 年 月 日	子親妊
			S・H・R 年 月 日	子親妊

次のとおり、変更がありましたので受給者証を添えてお届けします。

※該当する箇所を記入してください。

<input type="checkbox"/> 住所変更	(新住所) 〒949- 南魚沼市 電話 ()
-------------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/> 氏名変更	(新) 氏名	(新) 氏名	(新) 氏名

<input type="checkbox"/> 加入保険変更	□添付のとおり (健康保険証の写しを添付した場合は記入不要)			
	記号 番号	記号 番号	保険者名	
	被保険者氏名		保険者番号	

※保険証の変更を届け出る場合は、変更される方の保険証の提示をお願いいたします。

<input type="checkbox"/> 子どもの医療費受給資格変更	変更後受給者 氏名 生年月日 昭和 年 月 日 平成 子どもとの続柄 父 母 その他 ()	<input type="checkbox"/> その他の変更	(事由)
--	--	---------------------------------	------

処理欄	<input type="checkbox"/> 郵送してください <input type="checkbox"/> 証訂正済み <input type="checkbox"/> 証交付済み <input type="checkbox"/> その他		
備考	変更前の受給者証回収 済 未	受付者	
	住、氏名、社・国→社・国、受、人		