

- ☐ 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

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	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

次のとおり、変更がありましたので受給者証を添えて届出します。

※該当する箇所を記入してください。

☐ 住 所 変 更	☐ 申請者に同じ
	(新住所) 南魚沼市 電話 ()

☐ 氏 名 変 更	(新) 氏 名	(新) 氏 名	(新) 氏 名

☐ 子 ど も の 医 療 費 受 給 者 変 更	変更後受給者				☐ そ の 他 の 変 更	(事由)
	氏 名					
	生年月日	昭和 平成	年	月 日		
	子どもとの続柄 父 母 その他 ()					

処理欄	・ 郵送してください	・ 証訂正済み	・ 証交付済み	・ その他	受付者	
備 考	変更前の受給者証回収 済 未 住、氏名、受、他 人					