|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※町使用欄 | 課長 | 参事 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

別記様式第6号の2(第8条関係)

|  |
| --- |
| 妊　妊産婦医療費受給資格内容等変更届 |
| 受給者 | 受給者証番号 | 　 　年度第　 　　号 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 |  | 　　年　　月　　日 |
| 住所 | 聖籠町大字 |
| 　変更事項　 | 変更事由 | 【加入保険・住所・その他（　　　　　　　　）】の変更 |
| 住所 | 聖籠町大字 |
| 　加入保険　 | 被保険者氏名 |  | 附加給付 | 有・無 |
| 記号・番号 |  | 保険負担割合 |  |
| 保険者名 |  |
| 所在地 |  |
| 振込指定機関 | 金融機関名 |  |
| 口座番号 |  |
| 氏名 |  |
| 　上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。　　　　 　　年　　 月　　 日住所　聖籠町大字　　　　　　　 　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　 　　　　　　　　　　　　　　　　聖籠町長　　様 |

|  |
| --- |
| 記入例【保険証変更】 |

別記様式第6号の2(第8条関係)

|  |
| --- |
| 妊　妊産婦医療費受給資格内容等変更届 |
| 受給者 | 受給者証番号 | ○○年度第△△△号 |
| 氏名 | 　緑　花子 | 生年月日 |  | ○○年○○月○○日 |
| 住所 | 聖籠町大字諏訪山825 |
| 　変更事項　 | 変更事由 | 【・住所・その他（　　　　　　　　）】の変更 |
| 住所 | 聖籠町大字 |
| 　加入保険　 | 被保険者氏名 |  | 附加給付 | 有・無 |
| 記号・番号 | 保険資格情報の分かる書類のコピーがあれば、記入は不要です。 | 保険負担割合 |  |
| 保険者名 |  |
| 所在地 |  |
| 振込指定機関 | 金融機関名 |  |
| 口座番号 |  |
| 氏名 |  |
| 　上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。今日の日付　　　　○○年○○月○○日住所　聖籠町大字　同上　　　 　　　　申請者　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　緑　花子　　　 　　　　　　 　　聖籠町長　　様 |

|  |
| --- |
| 記入例【住所変更】 |

別記様式第6号の2(第8条関係)

|  |
| --- |
| 妊　妊産婦医療費受給資格内容等変更届 |
| 受給者 | 受給者証番号 | ○○年度第△△△号 |
| 氏名 | 　緑　花子 | 生年月日 | 平成 | ○○年○○月○○日 |
| 住所 | 聖籠町大字諏訪山825（旧住所） |
| 　変更事項　 | 変更事由 | 【加入保険・・その他（　　　　　　　　）】の変更 |
| 住所 | 聖籠町大字諏訪山1635-4（新住所） |
| 　加入保険　 | 被保険者氏名 |  | 附加給付 | 有・無 |
| 記号・番号 | 保険資格情報の分かる書類のコピーがあれば、記入は不要です。 | 保険負担割合 |  |
| 保険者名 |  |
| 所在地 |  |
| 振込指定機関 | 金融機関名 |  |
| 口座番号 |  |
| 氏名 |  |
| 　上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。今日の日付　　平成○○年○○月○○日住所　聖籠町大字諏訪山1635-4(新住所）申請者　　　　　　　　　 　　　 　　　 氏名　緑　花子　　　　　 　　　 　聖籠町長　様 |