|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 子ども | 医療費受給内容変更届 |
| 　 | ひとり親家庭等 |
| 　 | 重度障がい者(児) |

年　　　月　　　日

　南越前町長　様

申請者　住所　南越前町　　　第　　　号　　　番地

氏名

電話番号

　下記のとおり変更しましたので、関係書類を添えてお届けします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 変更後 | 変更前 |
| 受給者 | 住所 |  | 南越前町　　　　第　　号　　番地 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 加入医療保険 | 記号番号 | 　 | 　 |
| 被保険者 | 住所 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 続柄 | 　 | 　 |
| 保険者番号 | 　 | 　 |
| 保険者名称 | 　 | 　 |
| 所在地 | 　 | 　 |
| 付加給付の有無 | 有(算定式　　　　　　)・無 | 有・無 |
| 振込先 | 　　　　　銀行　　　　支　店　　　　　農協　　　　出張所 | 口座番号 | 普・当 | 　 |
| ふりがな | 　 |
| 名義人 | 　 |
| 変更事由 | 1　転居　(　　　　　　年　　　月　　　日転居)2　医療受給資格　(　　　　　　年　　　月　　　日変更)3　振込先変更4　転出　(　　　　　　年　　　月　　　日転出)5　死亡　(　　　　　　年　　　月　　　日死亡)6　その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |