|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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　(　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |