

様式第10号(第13条関係)

受給者証に記載している
番号、氏名、生年月日を記
入してください。

身体障害者(3級)医療費受給資格変更届

| | | |
|---------|-------------------|------------|
| 受給者証 | 第 | 号 |
| 受給者氏名 | (年 月 日生) | |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 受給者 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| 保護者 | 被保険者証(例) | 本人(家族) |
| | 記号 ○○○○ | 番号 ●●●● |
| 加入医療保険等 | 氏名 □□ □□ | 性別◇ |
| | 生年月日 ~X年Y月Z日 | 交付日 A年B月C月 |
| 振込先 | 被保険者氏名 □□ △△ | |
| | 保険者番号 ○○○○○○○○○ | |
| その他 | 保険者名 ▲▲▲▲▲▲ 組合 | |
| | 保険者所在地 ■■県■■市■■町~ | |
| 口座番号 | | 銀行 店 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 普通 ・ 当座 |
| 変更年月日 | 年 月 日 | |

該当する箇所に記入してください。
・被保険者氏名は『本人』の場合は氏名を、
『家族』の場合は被保険者氏名を記入
してください

上記のとおり変更があったので、受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

届出する方の住所、氏
名を記入してくださ
い。

届出人(受給者等)
住所
氏名

釜石市長 宛て