

3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

受給者証番号	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	氏名		続柄		続柄	
	住所					
加入医療保険等	保険種別	協会・組・船・共・国組・国(一・退)		協会・組・船・共・国組・国(一・退)		
	被保険者氏名					
	保険者名	該当する箇所に記入してください。				
	記号番号					
振込先	口座名義人					
	金融機関	銀行 店		銀行 店		
	口座番号					
	預金種別	普通 ・ 当座		普通 ・ 当座		
その他						
変更年月日	年 月 日					

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