

様式第9号(第12条関係)

子 ども  
妊 産 婦 医療費受給資格変更届  
重度心身障害者

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)・後期			協会・組・船・共・国組・国(一・退)・後期		
	被保険者氏名						
	保 険 者 名						
	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

届出人(受給者等)

住 所

氏 名

釜石市長 宛て