

該当する箇所を、  
○で囲んでください。

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。

子ども  
妊産婦  
重度心身障害者  
医療費受給資格変更届

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		
	住 所		
被保険者証(例) <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">本人(家族)</span>		協会・組・船・共・国組・国(一・退)・後期	
記号 ○○○○ 番号 ●●●●			
氏名 □□ □□ 性別◇			
生年月日 ~X年Y月Z日 交付日 A年B月C月			
被保険者氏名 □□ △△			
保険者番号 ◎◎◎◎◎◎◎◎			
保険者名 ▲▲▲▲▲▲ <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">組合</span>		店 銀行 店	
保険者所在地 ■■県■■市■■町~			
預金種別	普通・当座	普通・当座	
その他			
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