

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

受給者氏名		第 号		( 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			

該当する箇所に記入  
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