

妊産婦医療費受給者証内容等変更届

年 月 日

魚沼市教育委員会 様

(届出日現在の)

住 所 魚沼市

氏 名

次のとおり、登録内容に変更を生じたため届け出ます。

(電 話

)

受給者証 番 号							
変更した項目の□内に レ印を付けてください		変 更 前			変 更 後		
<input type="checkbox"/>	受 給 者 住 所	魚沼市			上記届出人の住所と同じ		
<input type="checkbox"/>	フリガナ 受 給 者 氏 名				上記届出人の氏名と同じ		
<input type="checkbox"/>	電話(連絡先)				上記届出人の番号と同じ		

変更した項目の□内に レ印を付けてください		変 更 前			変 更 後		
<input type="checkbox"/>	加 入 者 名 (組合員/世帯主)						
	記 号 ・ 番 号						
	保 険 者 名 (保険の種類)						
	被保険者証(組合員証)の資格認定日(被扶養の認定日)				年 月 日		
	標準負担額減額認定証の有無		有 ・ 無		(有効期限: 年 月 日)		
その他に受給している医療費助成制度(ひとり親・重度心身障害)の有無		有 ・ 無		(有効期限: 年 月 日)			

※加入保険に変更がある場合は、添付書類として保険証の写しが必要です。

決 裁	課長	係長	係員	係員	担当者	受 付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 裁	年 月 日
受給資格の 判 定	適	否 (理由)			受 給 開 始 日		年 月 日
					確 認 欄		<input type="checkbox"/> 確認済
特記事項							