

心身
こども
ひとり親家庭

医療費受給者(住所・氏名・保険者等)変更届

令和 年 月 日

(あて先)加賀市長

届出者 住 所 加賀市

氏 名

電話番号

次のとおり(住所・氏名・保険者)を変更したので届け出ます。

| | | | |
|---|----------|-----------|-------------|
| 受給者番号 | ① | ② | ③ |
| フリガナ | | | 昭和・平成・令和 |
| 受給者氏名 <small>※氏名変更の場合は変更前の氏名</small> | 生年月日 | | 年 月 日 |
| 住 所 | 変 更 前 | 加賀市 | |
| | 変 更 後 | 加賀市 | |
| 氏 名 (受 給 者) | 変 更 前 | | |
| | 変 更 後 | | |
| 保 険 者 (医 療 保 険) | 変 更 前 | 記 号 | 番 号 |
| | | 保 険 者 番 号 | 被 保 険 者 氏 名 |
| | 変 更 後 | 記 号 | 番 号 |
| | | 保 険 者 番 号 | 被 保 険 者 氏 名 |
| 変 更 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | |

裏面記載 ※複数人変更の場合

※ 変更のあった事項のみ記入してください。

※ 下記の欄は記入しないでください。

| | | |
|---------------------------|---------|---------------|
| ※窓口課職員記入欄 (住所地・氏名変更のみ) | 受給者証修正済 | 後日修正 (どちらかに○) |
|---------------------------|---------|---------------|

郵送先住所 旧・新・その他 ()

様式第8号(第12条関係)

[複数人変更の場合]

| こども医療費 受給者No.㉔ | ひとり親医療費 受給者No.㉕ | フリガナ 氏 名 ※氏名変更の場合は 変更前の氏名 | フリガナ 変更後氏名 | 備 考 |
|-------------------|--------------------|------------------------------------|---------------|-----|
| / | ㉕ | | | |
| | | 生年月日：昭和・平成 年 月 日 | | |
| ㉔ | / | | | |
| | | 生年月日：平成・令和 年 月 日 | | |
| ㉔ | / | | | |
| | | 生年月日：平成・令和 年 月 日 | | |
| ㉔ | / | | | |
| | | 生年月日：平成・令和 年 月 日 | | |
| ㉔ | / | | | |
| | | 生年月日：平成・令和 年 月 日 | | |
| ㉔ | | | | |
| | | 生年月日：平成・令和 年 月 日 | | |