

〔 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

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                                   | ㊟     | ㊟         | ㊟           |
| 受給者氏名<br><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 |           |             |
|   | 変 更 後 |           |             |
| 氏 名<br>(受 給 者)                          | 変 更 前 |           |             |
|   | 変 更 後 |           |             |
| 保 険 者<br>(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                               | 年 月 日 |           |             |

※ 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<br>(住所地・氏名変更のみ) | 受給者証修正済 | 郵送 | (どちらかに○) |
|---------------------------|---------|----|----------|