

大垣市母子家庭等医療費受給資格等変更届

本人確認						
個人	運転	旅券	障害	療育	精神	在留
	保険	受給	児扶	特児	年金	

年 月 日

大垣市長様

届出者住所 大垣市

(受給資格者)氏名

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話 — —

次のとおり変更したので届け出ます。

変更事項		新	旧
住所		大垣市	大垣市
母等及び児童	受給者証番号	/	/
	個人番号		
	氏名 生年月日		
母等	3 0 2 -		
	年月日		
児童	3 0 2 -		
	年月日		
	3 0 2 -		
	年月日		
	3 0 2 -		
	年月日		
	3 0 2 -		
	年月日		
加入医療保険	記号番号		
	被保険者(世帯主)氏名	母等との続柄( )	母等との続柄( )
	保険者名	(保険者番号 )	(保険者番号 )
	附加給付の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
	保険種別	国保・退本・退家・協会・組合・共済・国組・船員	国保・退本・退家・協会・組合・共済・国組・船員
変更事由	変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他( )		
変更年月日	年 月 日	年 月 日	

受付	手渡	郵送	回収	訂正	同地	入力