

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		

大垣市母子家庭等医療費受給資格等変更届

年 月 日

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			
児童			
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	

注) 加入医療保険の変更の場合、現在加入している医療保険の被保険者であることを証明するものをお持ちください。

受付	手渡	郵送	回収	訂正	同地	入力	マイボ