様式第９号（第11条関係）

年　　月　　日

岩泉町長　　　　様

届出人（受給者等）

　　　　　　　　　　　住所　岩泉町　　　　字　　　　　　　番地

氏名

（電話番号　　　　-　　　　-　　　　　）

医療費受給者証資格変更届

次のとおり変更があったので、医療費受給者証を添えて届出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | | 子ども・妊産婦・重度心身障がい者・ひとり親家庭・寡婦 | | | | | |
| 受給者証番号 | | 第　　　　　　　　　　号 | | | | | |
| 変更事項 | | 変更前 | | | 変更後 | | |
| 受給者 | 氏名 |  | | |  | | |
| 住所 |  | | |  | | |
| 保護者 | 氏名 |  | 続柄 |  |  | 続柄 |  |
| 住所 |  | | |  | | |
| 加入医療保険等 | 保険種別 |  | | |  | | |
| 被保険者氏名 |  | | |  | | |
| 保険者名 |  | | |  | | |
| 記号番号 |  | | |  | | |
| 振込先 | 口座名義人 |  | | |  | | |
| 金融機関 | 銀行　　　　店 | | | 銀行　　　　店 | | |
| 口座番号 |  | | |  | | |
| 預金種別 |  | | |  | | |
| その他 | |  | | |  | | |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |

（Ａ４）