

様式第6号(第9条関係)

決 裁						担当者	受 付	年 月 日
							伺	年 月 日
							決 裁	年 月 日

妊産婦医療費受給資格内容等変更届

燕 市 長 様

年 月 日

(届出日現在の)

住 所 燕市

氏 名

Ⓜ

(電話

)

次のとおり、登録内容に変更を生じたため届け出ます。

(注)記名押印に代えて署名することができます。

加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

受給者証 番 号												
個人番号												
変更した項目の□内に レ印を付けてください		変 更 前						変 更 後				
<input type="checkbox"/>	受 給 者 住 所	燕市						上記届出人の住所と同じ				
<input type="checkbox"/>	フリガナ							上記届出人の氏名と同じ				
	受 給 者 氏 名											
<input type="checkbox"/>	電話(連絡先)							上記届出人の番号と同じ				

※ 助成金の振込に使用する指定口座の変更が必要ないかどうかについても、ご確認ください。

変更した項目の□内に レ印を付けてください		変 更 前				変 更 後			
<input type="checkbox"/>	加 入 者 名 (組合員/世帯主)								
	記 号 ・ 番 号								
	保 険 者 名 (保険の種類)								
	資格認定日(被扶養の認定日)					年 月 日			
	標準負担額減額認定証の有無					有 ・ 無 (有効期限: 年 月 日)			

《送付先変更依頼》

妊産婦医療費助成に関して、市からの案内や通知類については、右欄に記載した宛先に送付してください。	〒
送付先を変更する理由	
送付先を変更する期間	年 月 日 から 年 月 日まで