

様式第5号(第7条関係)

妊産婦医療費受給資格内容変更届				
受給資格者	受給者番号			
	氏名			
	住所	高根沢町		
変更年月日	令和 年 月 日			
変更事項 (変更部分のみ記入してください)	加入保険の変更	被保険者氏名		
		記号番号	記号	番号
		保険者番号		
		保険者名称		
	住所の変更 (転居)	新住所	高根沢町	
	振込先口座の変更	新口座	銀行・信金 信金・農協 (フリガナ) 口座名義	本店・支店 本所・出張所 預金種別(普通・当座) 口座番号
	氏名の変更	新氏名		
備考				
上記のとおり変更が生じたので受給資格証を添えてお届けします。				
令和 年 月 日				
申請人 住所 高根沢町				
氏名 (※)				
(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください。				
電話番号				
高根沢町長 様				

※加入保険の変更の場合は、被保険者証又は組合員証を添えて提出してください。