

妊産婦医療費受給者証内容等変更届

年 月 日

魚沼市教育委員会 様

(届出日現在の) 住 所 魚沼市
氏 名
電 話

次のとおり、変更が生じたため届け出ます。

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				
☐	受 給 者 住 所	魚沼市						上記届出人の住所と同じ				
☐	フリガナ							上記届出人の氏名と同じ				
	受 給 者 氏 名											
☐	電話(連絡先)							上記届出人の番号と同じ				

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			
☐ 加 入 保 険	加 入 者 名								
	記 号 ・ 番 号								
	保 険 者 名 (保険の種類)								
	加入保険の資格認定日(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)		有 ・ 無 (有効期限: 年 月 日)				
そのほかに受給している医療費助成制度(ひとり親・重度心身障害)の有無		有 ・ 無 (有効期限: 年 月 日)		有 ・ 無 (有効期限: 年 月 日)					

※加入保険に変更がある場合は、加入医療保険資格情報が分かる書類が必要です。

決 裁		課長	係長	係員	係員	担当者	受 付	年 月 日
							伺	年 月 日
							決 裁	年 月 日
受給資格 の 判 定		適	否 (理由)			受 給 開 始 日		年 月 日
						確 認 欄		☐ 確認済
特記事項								