

妊産婦医療費受給資格内容等変更届

妙高市長 宛て

次のとおり変更が生じたので受給者証を添えて届け出します。

申請年月日

年 月 日

申請者 (受給者)	住 所	妙高市				
	氏 名	電話番号				
変 更 事 項	<input type="checkbox"/> 氏名変更		新氏名			
	<input type="checkbox"/> 住所変更		新住所 新連絡先			
	<input type="checkbox"/> 加入保険の変更		<input type="checkbox"/> 添付の写しのとおり	被保険者証の写し貼付		
			<input type="checkbox"/> 加入医療保険 (被保険者証を添付した場合は下記記載不要)			
			保 険 者 名	妙高市		支 部
			全国健康保険協会			
			共済組合			
健康保険組合						
国民健康保険組合						
		保険者番号				
		被保険者証の記号・番号				
<input type="checkbox"/> 標準負担限度額認定証		有 ・ 無 (有効期限 年 月 日)				
<input type="checkbox"/> その他						

※市役所処理欄

受給者証

月 日

窓口交付 ・ 郵送交付