

課長	課長補佐	係長	係	受付	平成	年	月	日
				決裁	平成	年	月	日
				交付	平成	年	月	日

## 妊産婦医療費受給資格内容等変更届

受給者	受給者番号	—		
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
	変更事由	<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 受給者の氏名変更 <input type="checkbox"/> その他( )		
変更	加入保険	被保険者氏名		
		記号・番号		
		保険者		
事項	氏名			
	その他			

上記のとおり変更したので受給者証を添えて届け出ます。

平成 年 月 日

住所

申請者

氏名

長岡市長 森 民 夫 様

○自署をしてください。  
 ただし、自署できない場合は、記名・押印してください。