

養 育 医 療 変 更 届 出 書

受給者番号	0050013	受療者氏名	長岡 花子	
受療者個人番号	987654321012			
受療者本人にかかる変更	変更年月日	平成28年 1月 10日		
氏 名	変 更 前		変 更 後	
住 所	変 更 前	長岡市幸町2丁目1番1号		
	変 更 後	長岡市大手通1丁目4番地10		
扶養義務者にかかる変更	変更年月日	年 月 日		
氏 名	変 更 前		変 更 後	
生年月日		年 月 日		年 月 日
個人番号				
住 所	変 更 前			
	変 更 後			
医療保険の種類 または記載事項の変更	変更年月日	平成28年 1月 10日		
被保険者氏名	変 更 前	長岡 太郎		長岡 太郎
記号・番号		12345 11		長岡01234567890
保険者名		全国健康保険協会 新潟支部		長岡市
<p>養育医療の給付について、上記のとおり変更したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">平成28年 1月 10日</p> <p style="text-align: center;">住 所 長岡市大手通1丁目4番地10</p> <p style="text-align: center;">氏 名 長岡 太郎 (自署もしくは記名押印)</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号 (自宅) 0258-39-2319 (携帯) 090-1234-5678</p> <p style="text-align: center;">長岡市長 様</p>				

- 注：1 変更のある箇所のみ記入してください。
 2 受療者の氏名の変更の場合、受療者氏名の欄は変更前の氏名を記入してください。
 3 保険者等の変更があった場合、記号及び番号の変更欄の変更年月日は記入不要です。