

記入例	係	受付	令和	年	月	日
		決裁	令和	年	月	日
		交付	令和	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	0000010		
	氏名	長岡 花子	生年月日	平成 4年 4月 1日
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10		
	変更事由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 受給者の氏名変更 <input type="checkbox"/> その他() 受給者について記入してください		
変更事項	被保険者氏名	長岡 太郎		
	加入保険記号・番号	123456 789		
	保険者	全国健康保険協会 新潟支部		
	氏名			
	住所	変更内容について記入してください		
	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。

受給者について記入してください

令和3 年 4 月 1 日

住所 長岡市大手通1丁目4番地10

申請者

氏名 長岡 花子

長岡市長 様