様式第5号(第7条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 子ども | 　　 |
| 　 | 母子家庭等 |
| 　 | 重度心身障害者 |

**医療費受給内容変更届**

　　年　　月　　日

　　池田町長　　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所　　池田町　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　下記のとおり変更しましたので、関係書類を添えてお届けします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 変更後 | 変更前 |
| 受給者 | 住所 | 池田町 | 池田町 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 |
| 性別 | 男　・　女 | 男　・　女 |
| 加入医療保険 | 記号番号 | 　 | 　 |
| 被保険者 | 住所 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 続柄 | 　 | 　 |
| 保険者番号 | 　 | 　 |
| 保険者名称 | 　 | 　 |
| 所在地 | 　 | 　 |
| 付加給付の有無 | 有(算定式　　　　)　・　無 | 有　・　無 |
| 振込先 | 福井銀行武生信用金庫池田町農協 | ・本店・（　　　　　）支店 | 口座番号ふりがな名義人 |
| 変更時事由 | 1　転居　(　　　　年　　月　　日転居)2　医療受給資格　(　　　　年　　月　　日変更)3　振込先変更4　転出　(　　　　年　　月　　日転出)5　死亡　(　　　　年　　月　　日死亡)6　その他　(　　　　　　　　　　　　　) |