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　(　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |