

(第4条、7条、8条関係)

妊産婦・子ども医療費受給資格変更等届

(宛先) 上越市長

年 月 日

住所： 上越市 _____

申請者氏名 _____

電話番号 _____

次のとおり変更したので、届出します。

対象者	氏名	生年月日	続柄	受給者番号	※事務処理欄
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

変 更	
<input type="checkbox"/> 市内転居 (今までの住所) 上越市 年 月 日変更	
<input type="checkbox"/> 氏名変更 (今までの名前) 年 月 日変更	
<input type="checkbox"/> 保護者変更 (今までの保護者) 年 月 日変更	
<input type="checkbox"/> 保険変更 (新しい保険の内容) 年 月 日変更	
種類	国保 ・ 社保
保険者名	上越市 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 支部
被保険者氏名	(続柄：)

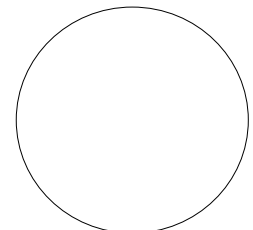
資 格 喪 失
年 月 日喪失
<input type="checkbox"/> 市外転出 (転出先住所)
<input type="checkbox"/> 他制度該当
<input type="checkbox"/> 生活保護開始
<input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> その他 ()

再交付	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----	---

※太枠内を記入してください。

※記載された個人情報、妊産婦・子ども医療費助成事業に関する業務以外には使用しません。

受付



事務処理欄 ※加入医療保険詳細		
保険記号・番号	記号	番号
保険者番号		加入日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 情報連携確認済 <input type="checkbox"/> マイナポータル確認済 <input type="checkbox"/> その他 ()		