

(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

令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

住所 上越市

申請者氏名 _____

TEL _____

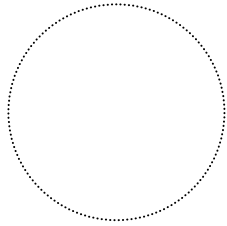
次のとおり変更したので、届出します。

対象者	氏名	生年月日	続柄	受給者番号	※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
被保険者氏名	
保 険 証 記 号 番 号	記号 番 号
保 険 者 番 号	
保 險 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

資 格 喪 失	
年 月 日喪失	
<input type="checkbox"/> 市外転出 (転出先住所) TEL _____	
<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 (_____)

※ 受 付	
-------------	---

注：太枠欄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。