

様式第8号(第8条関係)

決 裁					担当者	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						処 理	年 月 日

妊産婦医療費受給資格内容等変更届							
受給者番号							
受給者	フリガナ					生年月日	年 月 日
	氏 名						
	住 所	村上市					
変 更 事 由		<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏 <input type="checkbox"/> 加入保険 <input type="checkbox"/> 有効期限 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> その他					
変更事項 (変更箇所のみ記入)	受給者	フリガナ					
		(変更前)氏 名					
		(変更前)住 所	村上市				
	加入保険	被保険者(世帯主)氏 名					
		記号・番号					
		保 険 者					
		標準負担額減額認定証の有無	有(有効期限 年 月 日) ・ 無				
	受給期限		月末日→			月末日	
	その他						
	<p>上記のとおり、変更がありましたので受給者証を添えて届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者 住 所 氏 名 (電話)</p> <p>(宛先)村上市長</p>						

- (注) 1 変更の内容が確認できるものを持参してください。
 2 新たに標準負担額減額認定証の交付を受けた場合は、認定証を持参してください。