

様式第9号(第9条関係)

| 特別医療費に関する資格内容変更届 | | | |
|---------------------|----------------|---------------|---|
| 伯耆町長 様 | | | |
| 変更理由 | | 変更年月日 年 月 日 | |
| 区分 | | 新 | 旧 |
| 受給資格者 | 受給資格証 記号番号 | 伯第 | 号 |
| | 氏名 | | |
| | 住所 | | |
| 加入 医療 保険 | 被保険者 (組合員)名 | | |
| | 受給資格者 との続柄 | | |
| | 被保険者勤務先 | | |
| | 勤務先所在地 | | |
| | 保険証記号番号 | | |
| | 保険者名 | | |
| | 同上所在地 | | |
| 保険(附加) 給付の状況 | | | |
| 上記のとおり変更したので届け出します。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | |
| | | 住所 _____ | |
| | | 申請者 _____ | |
| | | 氏名 _____ 印 | |
| | | 受給資格者との続柄 () | |

- (注) 1 この届には、特別医療費受給資格証を添付してください。
2 記名押印に代えて署名することができます。