様式第９号（第９条関係）

母子家庭等医療費受給資格登録事項変更届

年　　月　　日

　あわら市長　様

住所

(居所)　あわら市

氏名

　次のとおり変更しましたのでお届けします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 氏名 | | 性別 | 生年月日 | 医療証番号 |
|  | | 男・女 | 年　　月　　日 |  |
| 個人番号 | | |  | |
| 変更事項 | | 変更前 |  | | |
| １　氏名  ２　住所（居所）  ３　被保険者  ４　保険者名  ５　記号番号  ６　金融機関  　 ７　個 人 番 号  ８　その他 | |
| 変更後 |  | | |
| 変更年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |

(注)　医療費受給者証及び被保険者証、加入者証又は組合員証を添えて提出してください。