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。