

様式第5号（第7条関係）

妊産婦医療費受給資格内容等変更届				
受給資格者	受給者番号	123456		
	氏名	那塩 花子		
	住所	那須塩原市 あたご町2-3		
変更事項	変更事由	住所・加入保険・その他( )		
		新	旧	
	住所	那須塩原市 あたご町2-3	那須塩原市 共墾社108-2	
	加入保険	被保険者氏名	記入不要	
		記号番号		
		保険者名称		
その他				
<p>上記のとおり変更が生じたので受給資格者証を添えて届け出ます。</p> <p>令和 3年 4月 2日</p> <p>住所 那須塩原市 あたご町2-3</p> <p>氏名 那塩 花子</p> <p>届出者</p> <p>那須塩原市長 様</p>				

≪保険証の変更がある場合≫  
 ●郵送申請：新しい保険証のコピーを同封してください。  
 ●窓口申請：新しい保険証を御持参ください

令和	年	月	日
令和	年	月	日