様式第14号(第8条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 乳幼児等医療費受給資格内容変更届 | | | | |
| 受給資格証番号 | |  | | |
| 乳幼児等の個人番号 | |  | | |
| 区分 | 変更種別 | 新 | | 旧 |
| 受給資格者 | ふりがな  氏名 |  | |  |
| 住所 | ① | | ② |
| 乳幼児等 | ふりがな  氏名 |  | |  |
| 住所 | □①と同じ | | □②と同じ |
| 加　入　保　険 | 被保険者氏名 |  | |  |
| 保険種別 |  | |  |
| 保険者名 |  | |  |
| 保険者所在地 |  | |  |
| 保険証記号番号 |  | |  |
| 附加給付金の有無 | 有・無 | | 有・無 |
| 給付内容 |  | |  |
| 他の制度による医療費助成を受けることとなったとき | | 助成制度名 |  | |
| 変更事由発生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 変更事由 | | １．転出　２．転居　３．保険変更　４．その他（　　　） | | |
| 上記のとおり変更等しましたのでお届けします。  　　　　　　年　　月　　日  □受給資格者と同じ  住所  届出人　　氏名  電話番号  　　出雲市長　　　　様 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 照合 |
|  |  |