

様式第5号(第10条関係)

| 妊産婦医療費受給資格内容変更届 |   |      |      |      |  |  |
|-----------------|---|------|------|------|--|--|
| 受給者番号           |   |      |      |      |  |  |
| 対象者             | 氏名  |      | 生年月日 |      |  |  |
|                 | 住所  | 南会津町 |      |      |  |  |
| 変更事項            | 変更内容  |      |      |      |  |  |
|                 | 新   |      |      | 旧    |  |  |
|                 | 氏名  |      | 氏名   |      |  |  |
|                 | 住所  |      | 住所   |      |  |  |
|                 | 加入保険  | 記号番号 |      | 記号番号 |  |  |
|                 |   | 保険者名 |      | 保険者名 |  |  |
|                 |   | 摘要   |      | 摘要   |  |  |
|                 | 備考  |      | 備考   |      |  |  |
|                 | 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出します。  |      |      |      |  |  |
|                 | <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>南会津町長</p> <p style="text-align: right;">住所<br/>届出人 氏名</p> |      |      |      |  |  |