様式第９号（第11条関係）

年　　月　　日

岩泉町長　　様

届出人（受給者等）

住　所　岩泉町　　字　　番地

氏　名

（電話番号　　－　　－　　）

医療費受給者証資格変更届

次のとおり変更があったので、医療費受給者証を添えて届出ます。

<table>
<tr><td colspan="2">事　　業　　名</td><td colspan="5">子ども・妊産婦・重度心身障がい者・ひとり親家庭・寡婦</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者証番号</td><td colspan="5">第　　号</td></tr>
<tr><td colspan="2">変　更　事　項</td><td colspan="3">変　更　前</td><td colspan="3">変　更　後</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受給者</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">保護者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>続柄</td><td></td><td></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入医療保険等</td><td>保険種別</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>被保険者氏名</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>記号番号</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込先</td><td>口座名義人</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>金融機関</td><td colspan="3">銀行　　店</td><td colspan="3">銀行　　店</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">そ　　の　　他</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
</table>

（Ａ４）