

様式第3号（第3条、第7条関係）

年 月 日 交付・郵送

決 裁						受 付	
						処 理	
						決 裁	

妊産婦医療費 受給資格者証再交付申請書・受給資格内容等変更届							
受給資格者証 記号番号		受給資格者氏名		生年月日		住 所	
		<input type="checkbox"/> 届出人に同じ				<input type="checkbox"/> 届出人に同じ	
変更内容		新		旧		異動年月日	
住所変更				下野市		. .	
加 入 保 険 変 更	被 保 険 者						
	記 号 番 号	-----		-----			
	保 険 者 番 号	-----		-----			
	保 険 者	下野市 国民健康保険組合 健康保健組合 共済組合 全国健康保険協会（ ）支部		下野市 国民健康保険組合 社会保険事務所 健康保健組合 共済組合 全国健康保険協会（ ）支部		. .	
振込先変更		銀行 支 店		口座番号			
		信金 出張所		フリガナ			
		農協 支 所		口座名義			
※受給者以外の振込先は委任状が必要です。							
備 考							
上記のとおり関係書類を添えて、(申請・届出)いたします。							
年 月 日							
下野市長 様		住所 下野市					
		届出人 氏名 ㊟					
		電話 ()					

(注) 太枠は記入しないでください。
署名又は記名押印してください。