

記入例

令和 ● 年 ● 月 ● 日

- ☐ 重度心身障害者 医療費受給内容等
☐ ひとり親家庭 医療費受給内容等 変更届
☐ 子ども 医療費受給資格内容等

伊予市長様

届出人

住 所 伊予市●●●●●●

氏 名 ●● ●●

(受給(資格)者又は家庭主等との続柄 ●●)

電話番号 ●●●-●●●●-●●●●

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

受給者(又は子ども)氏名		受給者番号	個人番号
●● ●●		●●●●●●	●●●●●●●●●●●●●●●●
変更年月日		加入のときのみ記入) 年 月 日	
国民健康保険を脱退する受給者全員の氏名を記入してください。受給者氏名以外の欄は、分かる範囲で記入してください。 なお、加入医療保険が変更になった場合は、加入した医療保険の分かる書類の写しが必要です。		変更後	
氏 名			
加入医療保険	記 号 ・ 番 号	●●●●●●	●●●●●●
	被 保 険 者 氏 名	受給者(子ども)との続柄 ()	受給者(子ども)との続柄 ()
	保 険 者 (保 険 者 番 号)	愛媛県伊予市 (380105)	●●●●●● (●●●●●●)
(そ の 他)			

記入は不要です。