様式第９号（第11条関係）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 大槌町長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日届　出　人　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　（受給者等）　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　医療費受給資格変更届　次のとおり変更があったので、受給者証を添えて届け出ます。 |
| 　 | 受給者証番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | 　 |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 受給者 | 氏名 | 　 | 　 |
| 住所 | 　 | 　 |
| 生年月日 |  |
| 異動日 |  |
| 保護者 | 氏名 | 　 | 続柄 | 　 | 　 | 続柄 | 　 |
| 住所 | 　 | 　 |
| 処理日 |  |
| 送付先 | 氏名 |  |  |
| 住所 |  |  |
| 処理日 |  |
| 加入医療保険等 | 保険種別 | 　 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 続柄 |  | 　 | 続柄 |  |
| 保険者名 | 　 | 　 |
| 保険者番号 |  |  |
| 記号番号 |  |  |
| 変更年月日 | 　 |
| 振込先 | フリガナ | 　 | 　 |
| 口座名義人 |  |  |
| 金融機関 | 銀行　　　　　　　店 | 銀行　　　　　　　店 |
| 口座番号 | 　 | 　 |
| 預金種別 |  |  |
| 変更年月日 | 　　 |
| その他 | 　 | 　 |
|  |