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 | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |