

記入例

様式第5号

妊産婦医療費受給資格内容変更届

受給者氏名	資格証記号番号	12345				
	氏名	真岡 花子				
変更事由		<input checked="" type="checkbox"/> 保険証変更 <input checked="" type="checkbox"/> 住所変更 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他				
変更事項	住所	前住所	真岡市石島 893 番地 15			
		現住所	真岡市荒町 5191 番地			
	加入保険	被保険者氏名	二宮 太郎			
		記号・番号	記号	12345678	番号	99
			保険者名称	全国健康保険協会()支部 (株式会社〇〇〇)健康保険組合 ()共済組合		
氏名	真岡市 その他() 二宮 花子					
備考						

※変更箇所のみ記入してください。

上記のとおり変更が生じたので受給資格証を添えてお届けします。

令和〇年〇月〇日

真岡市長 様

届出者 【住所】真岡市荒町

【氏名】二宮 花子

【連絡先】〇〇〇-〇〇

妊産婦医療費受給資格証	
記号番号	0012345
受給資格者	氏名 真岡 花子
	住所 真岡市荒町 5191 番地
加入保険	被保険者氏名 真岡 花子
	記号番号 123 45678
	保険者名称 真岡いちご健康保険組合
	所在地 真岡市荒町 5191 番地
受給期間	令和〇年〇月〇日 から 出産した月の翌末日まで
令和〇年〇月〇日	真岡市長 印

見本

健康保険 被保険者証	家族(被保険者)	令和2年4月10日交付
記号	12345678	番号 99
氏名	二宮 花子	
生年月日	平成元年11月15日	
性別	女	
資格取得年月日	令和2年4月1日	
被保険者氏名	二宮 太郎	
事業所名称	株式会社〇〇〇	
保険者番号	99999999	
保険者氏名	株式会社〇〇〇健康保険組合	
保険者所在地	〇〇市〇〇町9-99-9	

	発行日	
済	担当者	
済		