

三木町医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

三木町長 殿

住 所

氏 名

電話番号 ()

三木町医療費助成条例施行規則第 7 条の規定により届出します。

- ☐住 所
- ☐加 入 保 険
- ☐振込金融機関
- ☐氏 名
- ☐その他 ()
- ☐受給資格者が亡くなりましたので振込金融機関の変更を届出します。
(死亡年月日： 年 月 日)
- を
変更したので届出します。

記

受給者番号								
(フリガナ)					対象者			
受給資格者氏名					氏名			
新住所		〒						
加入保険の変更		記号		番号		加入年月日	年 月 日	
振込先	金融機関名	銀行 店 農協 金庫 所				1 普通	口座番号	
	口座名義人							

区分変更 ☐ 子育て支援 ☐ 重度心身障害者 ☐ ひとり親家庭

※保険証、振込先の変更の場合、保険証、振込先のわかる書類を添付すること。