

第6号様式（第8条関係）

乳幼児医療費受給資格内容変更届出書

平成 年 月 日

会津若松市長（あて）

住 所 会津若松市

届出者 氏 名 印

電 話 ( )

受給者番号	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
-------	---	---	---	---	---	---

次のとおり受給資格内容に変更が生じたので届出します。

変更事由		1 氏名	2 住所	3 加入健康保険	4 振込先金融機関	5 その他
乳幼児氏名		住所 会津若松市				
加入健康保険	被保険者氏名	記号		保 険 者 名		
		番号				
	保険者番号	乳幼児の認定年月日 平成 年 月 日		勤 務 先		
振込先金融機関	金融機関名	名 義 人		口座の種類 普通・当座		
	支店等名			口座番号		
その他		変更年月日 平成 年 月 日			備考	

注1 変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。

2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。

3 受給資格証を添付してください。

ここから下は、記入しないでください。

処 理	平成	年	月	日
変 更	平成	年	月	日