

福祉医療費助成に関する資格内容変更届

医療証 (資格証) の受給者番号					
区分	変更種別	新	旧		
助対象成者	ふりがな氏名				
	居住地				
加入医療保険	被保険者氏名				
	保険種別				
	被保険者証発行機関名所在地	<input type="checkbox"/> 松江市国民健康保険 (松江市末次町 86 番地) <input type="checkbox"/> 松江社会保険事務所 (松江市東朝日町 107)			
	被保険者証組合員証の記号番号				
	附加給付金の有無	有	無	有	無
	給付内容				
変更事由発生年月日		年 月 日			
変更事由		住所変更 保険変更 その他 ( )			
<p>上記のとおり、変更したのでお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>届出人</p> <p>氏名</p> <p>(助成対象者との続柄 )</p>					
(あて先) 松江市長					