第６号様式（第６条関係）

決裁						担当者	受付	年	月	日
							決裁	年	月	日
							処理	年	月	日

妊産婦医療費受給資格内容変更届		
受給者	□　本人が申請 □　本人以外が申請（　夫　・　パートナー　・　その他＿＿＿＿＿＿） →代理の方が申請される場合は、受給者本人の氏名及び住所を記入してください。 氏名 住所　〒 阿賀野市	
	生年月日	年　　月　　日
変更事項	□　氏名　　□　住所変更　　□　加入保険 □　その他（　　）	
	個人番号	加入保険の変更がある方は、記入してください。

上記のとおり、変更が生じたので受給者証を添えて届出ます。

年　　月　　日

阿賀野市長　　様

申請者　住所

氏名

〈市記入欄〉

加入保険	□別紙のとおり　□下記のとおり 保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　保険者名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 記号／番号＿＿＿＿＿／＿＿＿＿＿　資格取得年月日＿＿＿＿年　月　日 被保険者氏名（阿賀野市国民健康保険の場合は世帯主） 本人　・　扶養（　　）