

様式第 6 号（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									
受給者番号									
受 給 者	住所								
	氏名					生年月日		年 月 日	
変 更 事 項	変更事由								
	住所								
	加 入 保 険	被保険者氏名							
		記号・番号							
		保険者名							
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									

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
- 2 申請者は太枠欄を記入しないこと。