様式第8号(第8条関係)

特別医療費に関する資格内容変更届

湯梨浜町長　　様

変　更　理　由	1.転居　2.氏名変更　3.保険変更　4.その他(　　)			変更年月日　　年　　月　　日から
助　成　区　分	受給資格証記号番号	(変更後)加入医療保険	氏名	生年月日
小児・ひとり親 特定疾病・身障等	湯	□国民健康保険 □後期高齢者医療 □その他	(旧姓　　)	年　　月　　日
小児・ひとり親 特定疾病・身障等	湯	□国民健康保険 □後期高齢者医療 □その他	(旧姓　　)	年　　月　　日
小児・ひとり親 特定疾病・身障等	湯	□国民健康保険 □後期高齢者医療 □その他	(旧姓　　)	年　　月　　日
小児・ひとり親 特定疾病・身障等	湯	□国民健康保険 □後期高齢者医療 □その他	(旧姓　　)	年　　月　　日
住　所	(新)(〒　　－　　) 湯梨浜町		(旧)(〒　　－　　) 湯梨浜町	

上記のとおり変更したので届け出します。

年　　月　　日

届出人

住　所　湯梨浜町

氏　名　　㊞

電話番号

受給資格者との続柄　本人・父・母・その他(　　)

(注)1　この届には、特別医療費受給資格証を添付してください。

2　記名押印に代えて署名することができます。

3　保険変更の手続きには、保険証（写）を添付してください。