

妊産婦医療費 内容変更届 兼 再交付申請書 (子ども支援課)

受給者番号	
受給者氏名	
受給者生年月日	昭和・平成 年 月 日

1. 健康保険証・振込口座の変更

変更後の健康保険証 または 3. 再交付申請時の健康保険証	変更年月日	令和 年 月 日		
	被保険者氏名			
	記号番号	記号	番号	
	保険者番号			
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 宇都宮市国民健康保険 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合・共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> ()		
変更後の振込口座	金融機関名			
	支店名		支店番号	
	口座番号(普通)			
	口座名義(カタカナ)			

2. 受給資格者証の印字内容の変更

住所の変更	(新住所) 宇都宮市
名字の変更	(旧) ⇒ (新)
受給資格者証の再交付	希望する ・ 希望しない

3. 受給資格者証の再交付申請 (健康保険証の内容をご記入ください)

妊産婦医療費受給資格者証を
() } 紛失
汚損 } したので再交付を申請します。

上記のとおり届出(申請)します。		令和 年 月 日
(あて先)宇都宮市長		
受給資格者(申請者)	住所	宇都宮市
	氏名	
	電話	— —

事務処理欄

受付者	入力者	交付者	確認者	
				【提出先】 子ども支援課(市役所2階)・各地区市民センター・各出張所
				【送付先】 子ども支援課 管理グループ 〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号
				【連絡先】 TEL028-632-2296