

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. 加入健康保険・振込口座の変更

変更後の加入健康保険 または 3. 再交付申請時の加入健康保険	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 (健康保険の内容をご記入ください)

紛失
妊産婦医療費受給資格者証を
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 氏 名	宇都宮市
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】 Tel 028-632-2296