

# 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  
 汚損  
 ( )

妊産婦医療費受給資格者証を

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