

【記入例】

様式第2号(第7条関係)

妊産婦医療費補助金医療保険変更届

●年 ●月 ●日

武豊町長

住所 武豊町字長尾山2番地

申請者氏名 武豊 夢子

電話 0569-72-1111

次のとおり変更があったので、関係書類を添えて届け出します。

対象者確認番号	記入不要	
交付対象者	住所	武豊町字長尾山2番地
	氏名	武豊 夢子
	生年月日	●年 ●月 ●日
区分	新	旧
加入医療保険	被保険者等の住所	この欄は記入不要です。保険証のコピーを同封してください。
	フリガナ	
	被保険者等の氏名	
	交付対象者との続柄	
	保険者等の番号名称	
	記号番号	
取得・終了年月日		
備考		

注 加入している被保険者証(組合員証)の写しを添付してください。