

様式第5号(第9条関係)

医療費受給資格変更届

(宛先) 津幡町長

届出人 住 所

氏 名

受給資格者	氏 名	性別	生 年 月 日	受給者証記号番号
		男 ・ 女	年 月 日	
変更事項		変更後		
1 氏 名				
2 住 所		変更前		
3 被保険者名				
4 保 険 者 名				
変更後振込口座		金融機関名		支店名
		分類	口座番号	口座名義人 (カタカナ)
		普通 当座		
変更年月日		年 月 日		

(注) 受給者証およびマイナ保険証(健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。)等を添えて提出してください。