

課長	課長補佐	主査	係長	担当者

資格内容変更届

医療証番号		身・子・親 第 号			
区 分		変 更 前	変 更 後		
資 格 者	住 所	尾花沢市	尾花沢市		
	氏 名				
加 入 社 会 保 険 関 係	保険種類	協・組・共・国・後・ 組合国保・その他	協・組・共・国・後・組合国保・ その他		
	保険証の記号・番号				
	被保険者または世帯主				
	保 険 者	所在地			
		名称・番号			
	附加給付等				
	内容変更条文		第6条第1項(1)(2)(3)		
変更年月日		令和 年 月 日			

上記のとおり資格内容を変更しましたのでお届けします。

令和 年 月 日

尾花沢市長 様

受理年月日	(届出者)	住 所 尾花沢市.....
		氏 名.....
		電 話.....

備考

尾花沢市医療費の支給に関する条例の施行に関する規則(平成8年規則第4号)
 第6条第1項 (1) 条例第2条に規定する対象者でなくなったとき。
 (2) 医療証等の記載事項に変動が生じたとき。
 (3) 被保険者証の記載事項に変動が生じたとき。

※この届出書には、医療証・社会保険関係の被保険者証等を添付して下さい。