

記入例(保険変更)

妊産婦の医療費受給資格内容等変更届

受給者番号		0111111		
受給者	氏名	長岡 花子	生年月日	平成5年 5月 5日
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10		
	個人番号	1234 5678 9012		
【届出事項】				
<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 医療保険の種類又は記載事項の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()				
変更事項	変更年月日	令和6年 12月 2日		
	旧(変更前)	新(変更後)		
	全国健康保険協会 新潟支部 123-456789	長岡市 長岡 0123456789		

上記のとおり変更したので、受給者証を添えて届け出ます。

令和6年 12月 2日

届出者(妊産婦)氏名 長岡 花子

長岡市長 様

ここから下は、長岡市の国民健康保険に加入の方のみ記入してください

後期高齢者医療
国民健康保険 高額療養費及び高額介護合算療養費(医療費部分に限る。)
支給申請書兼受領委任状

被保険者記号番号		受給者番号	
被保険者氏名		適用期間	令和 年 診療分から

上記の者について、高額療養費及び高額介護合算療養費(医療費に係る部分に限る。)に該当し、その支給額が上記医療費助成事業の助成相当額であるときは、高額療養費並びに高額介護合算療養費(医療費に係る部分に限る。)の支給の申請及び受領を新潟県国民健康保険団体連合会会長又は長岡市長に委任します。

令和 年 月 日

様

世帯主 氏名 _____
(申請人)

世帯主の氏名・生年月日

生年月日 昭・平・令 6年 6月 6日