

第9号様式(第8条関係)

加 入 医 療 保 険 変 更 届

年 月 日

香芝市長 様

届出者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり加入医療保険に変更が生じましたので届けます。

受給資格証 受給者番号								
変更後の 加入 医療保険	被保険者氏名						受給者との続柄	
	住 所							
	保 険 種 別	国(市町村・退・組) 健(協会・組・日)・船・共	本 家	人 族	被保険者の 記 号 番 号			
	保 険 者 番 号 及 び 名 称						保 険 者 の 所 在 地	
変 更 の 年 月 日							年 月 日	
被 保 険 者 資 格 喪 失 年 月 日							年 月 日	

決 定						決 裁 年 月 日	
						対 象	継 続 対 象 ( 年 月 日 まで 有 効 ) 対 象 外
						台 帳 整 理	

(注) 「変更後の加入医療保険」中一部に変更があった場合は、変更のあった箇所の見出しに○をつけてください。