

第7号様式（第7条関係）

加入医療保険変更届  
（心身障害者医療費）

年 月 日

御杖村長 殿

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	本人 家族	被保険者の 記号番号	
	保険者番号 及び名称		保 險 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				

（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。