様式第６号（第７条関係）

養　育　医　療　給　付　変　更　届

公費負担者番号									受　療　者　氏　名
受給者番号								／	

次の欄は、変更事項のみ記入してください。

					変更年月日						年　月　日						
変更事項	本人	フリガナ															
		氏名	姓	名	個人番号												
		住所	〒														
	扶養義務者	フリガナ															
		氏名	姓	名	個人番号												
		住所	〒														
	保険等	種類	協会けんぽ　・　組合　・　共済　・　国保　・　船員　・　生保														
		記号		番号		保険者番号											
		保険者名															

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年　　月　　日

申請者住所
申請者氏名
続柄　　（　　）
電話番号

（届出先）佐久市長