

様式第8号（第8条関係）

特別医療費に関する資格内容変更届		
伯耆町長 様		
変更理由	変更年月日 年 月 日から	
区分	新	旧
受給資格者	受給資格証 記号番号	
	氏名	
	住所	
加入 医療 保険	被保険者 (組合員)名	
	受給資格者 との続柄	
	被保険者勤務先	
	勤務先所在地	
	被保険者等 記号番号	
	保険者名	
	同上所在地	
保険(附加) 給付の状況		
<p>上記のとおり変更したので届け出します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">受給資格者との続柄</p>		

(注) この届には、特別医療費受給資格証を添付してください。