様式第７号

年　　月　　日

苫　　前　　町　　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　届出人　　住　所　苫前町字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　印

下記のとおり（受給資格）に変更がありましたのでお届けします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新受給者証  記号・番号 | | | ＊  　　　　　第　　　　号 | | | | | | |  | | | | |
| 受給対象者名 | | |  | | | | | | | | | 記号・番号 | |  |
| 受給対象者 | 住所 | 新 |  | | | | | | | | | | | 変更  年　　月　　日 |
| 旧 |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 新 |  | | | | | | | | | | | 変更  　年　　月　　日 |
| 旧 |  | | | | | | | | | | |
|  | 加入保険 | 新 | 種類 |  | | 保険者名 |  | | | | 記号番号 | |  | 変更  　年　　月　　日 |
| 旧 |  | |  | | | |  |
| 新 | 附加給付の有無 | |  | | | 附加給付の内容 |  | | | | | 変更  　年　　月　　日 |
| 旧 |  | | |  | | | | |
| 保護者 | 住所 | 新 |  | | | | | | | | | | | 変更  年　　月　　日 |
| 旧 |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 新 |  | | | | | | | | | | | 変更  　年　　月　　日 |
| 旧 |  | | | | | | | | | | |

（注）　　（１）＊印欄は記入しないこと。

　　　　　（２）関係欄のみ記入のこと。