第6号様式(第12条関係)

韮崎市ひとり親家庭医療費受給資格等変更届

年　　月　　日

韮崎市長　　殿

申請者　住所

氏名　　印

電話

次のとおり変更になりましたので、届け出ます。

受給者証番号	
変更事由	1　氏名　2　住所　3　加入医療保険　4　振込先金融機関 5　対象児童増　6　対象児童減　7　その他(　　)
変更年月日	年　　月　　日

		旧	新
氏　　名			
住　　所			
加入医療保険	保険の種類	1　国保　2　組合　3　政管 4　日雇　5　船員　6　共済	1　国保　2　組合　3　政管 4　日雇　5　船員　6　共済
	世帯主･被保険者･組合員･加入者の氏名		
	申請者との続柄	本人　その他(　　)	本人　その他(　　)
	記号番号		
	保険者名		
	保険者所在地	電話　(　　)	電話　(　　)
	附加給付の有無	有　　無	有　　無
振込先金融機関	金融機関・支店名	銀行・農協 信金・信組　　支店	銀行・農協 信金・信組　　支店
	口座番号		
	口座の種類	普通　　当座	普通　　当座
その他			

	ふりがな (対象児童)氏名	生 年 月 日	続柄	性別	同居・別居の別	他医療助成制度の受給資格
対象児童の増減		年　　月　　日生		男 女	同居 別居	有 無
	増減理由					

《注》　1　変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。

2　内容変更の事実を証明できるものを提示してください。

3　受給者証を添付してください。