

蕪崎市ひとり親家庭医療費受給資格等変更届

年 月 日

(宛先)蕪崎市長

申請者 住所  
氏名 (※)  
電話

次のとおり変更になりましたので、届け出ます。

(※) 本人が手書しない場合は、記名押印してください。

|        |  |
|--------|--|
| 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<br>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 協会けんぽ<br>4 日雇 5 船員 6 共済 | 1 国保 2 組合 3 協会けんぽ<br>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<br>信金・信組 支店                   | 銀行・農協<br>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     |                     |                                     |                                     |

| 対象児童の増減 | ふりがな<br>(対象児童)氏名 | 生年月日   | 続柄 | 性別     | 同居・別居<br>の別 | 他医療助成制度<br>の受給資格 |
|---------|------------------|--------|----|--------|-------------|------------------|
|         |                  | 年 月 日生 |    | 男<br>女 | 同居<br>別居    | 有<br>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。