

(親) ひとり親家庭等医療費受給者変更 (消滅) 届

受給者証記号番号				
変更 の 場 合	新 氏 名	() のため変更)		
	(旧 氏 名)			
	新 住 所	電話		
	(旧 住 所)			
	(新) 勤務 内容	職 業		
		勤 務 先		
		勤務先所在地		
	(新) 加入 医療 保険	保険の種類		
		被保険者氏名	申請者との続柄	
		保険証記号番号	保 険 者	
保険者所在地		電 話		
付加給付の有無				
その他の事項				
変更年月日		年	月 日	
消 滅 の 場 合	消 滅 理 由	1 他市(町村)に転出 転出先 () 電話		
		2 生活保護受給		
		3 死亡		
		4 ひとり親家庭等でなくなった 具体的理由 ()		
		5 その他 ()		
消滅年月日		年	月 日	
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の したので届出します		申請事項が変更 受給資格が消滅		
年 月 日				
宮代町長 様				
		住 所		
		氏 名	印	