

第9号様式(第19条関係)

① 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				個人番号				
変更の場 合	新氏名 (旧氏名)		()		() のため変更)			
	新住所 (旧住所)		〒 ()		電話 ()			
	勤務 内容	(新) 職業						
		勤務先						
		勤務先所在地						
	(新) 加入 医療 保険	保険の種類						
		世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名				申請者との続柄		
		記号番号				保険者	符号名称	
		保険者所在地		〒 ()		電話 ()		
		附加給付の有無						
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						
<p>上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の申請事項が変更されたので届出します。 受給資格が消滅したためです。 届出の内容の確認に必要な情報を、公簿等を用いて確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>志木市長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名</p>								