様式第8号(第19条関係)

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(　旧氏名　) | 　　　　　　(　　　　　　のため変更)(　　　　　　　) |
| 新住所(　旧住所　) | 〒　　　　　　　電話(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (新) | 職業 | 　 |
| 勤務内容 | 勤務先 | 　 |
| 勤務先所在地 | 　 |
| (新) | 保険の種類 | 　 |
| 加入医療保険 | 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 |
| 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　生活保護等受給　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 | 申請事項が変更受給資格が消滅 | したので届け出ま |

　す。

　　　上記のとおり相違ありません。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　神川町長　　様

住所

氏名