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