

親 ひとり親家庭等医療費受給者変更(消滅)届

受付印

受給者整理番号		受給者個人番号													
変更の場合	氏名		新：												
			旧：												
	住所		新：												
			旧：												
	振込口座	金融機関		名称：											
				支店名：											
		種目	普通・当座												
		口座番号													
		口座名義人(カナ)													
	加入医療保険	保険の種類		保険者名称											
				保険者番号											
		被保険者氏名													
		保険証記号番号		記号：				番号：							
		変更年月日		年		月		日							
	家族状況	増・減 氏名：		続柄：		個人番号									
増・減 氏名：		続柄：		個人番号											
その他															
消滅の場合	1 転出 転出先()														
	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 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受給資格が消滅したので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>(提出先) 川越市長</p> <p>住所 電話番号 ()</p> <p>フリガナ 氏名 印</p>															

※記名・押印に代えて署名することができます。