様式第9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)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 | 　 |
| 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 |  |
| 保険者所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 付加給付の有無 | 　 |
| その他の事項 | 世帯構成・増員（氏名・個人番号：　　　　　　　　・　　　　　　　　　　　）・減員（氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）その他 |
| 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 |
| 出します。　　　　年　　月　　日　東松山市長　　　　　宛て住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |