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 | | | | | | | |