

(表)

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

年 月 日

矢吹町長 様

受給者 住 所

氏 名

⑩

電話番号

| 受給者番号 | | 第 号 | | 変更事由 | | | | | |
|--------|------|------|--|------|-------|--|------|------|--|
| 区分 | 新 | | | 旧 | | | | | |
| | 氏 名 | | | | 氏 名 | | | | |
| 受給者 | 住 所 | | | | 住 所 | | | | |
| | 加入保険 | 保険者名 | | | 保険者名 | | | | |
| | | 記 号 | | | 記 号 | | | | |
| | | 番 号 | | | 番 号 | | | | |
| | | 被保険者 | | | 被保険者 | | | | |
| 金融機関 | 支払希望 | | | | 支払希望 | | | | |
| | 金融機関 | | | | 金融機関 | | | | |
| | 口座番号 | | | | 口座番号 | | | | |
| 資格喪失児童 | 氏 名 | | | 続柄 | | | 生年月日 | | |
| | 喪失事由 | | | | | | | | |
| 同一生計親族 | 増・減 | 氏 名 | | | 続柄 | | | 生年月日 | |
| | 増・減 | 氏 名 | | | 続柄 | | | 生年月日 | |
| | 増・減 | 氏 名 | | | 続柄 | | | 生年月日 | |
| | 増・減 | 氏 名 | | | 続柄 | | | 生年月日 | |
| 変更年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | |

(裏)

付加給付に関する証明

当事業所における前記受給者に対する付加給付は、次のとおりです。

給付規定

内 容

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

事業所名

印