

(表)

記入例  
(裏面あり)

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

申請日を記入

年 月 日

矢吹町長 様

変更後の住所、氏名を記入

受給者 住 所 矢吹町一本木 101

氏 名 矢吹 花子 ㊞

電話番号 0248-42-2230

「ひとり親家庭医療費受給資格者証  
(白色)」の受給者番号を記入  
(例) 0000100 であれば 100 と記入

変更した部分のみ記入

の証明が必要となります。  
社会保険加入者は、裏面に付加給付

| 受給者番号  |              | 第 号        |  | 変更事由         |                                    | 変更内容を記載<br>(例) 氏名変更、住所変更、保険変更 |  |
|--------|--------------|------------|--|--------------|------------------------------------|-------------------------------|--|
| 区分     | 新            |            |  | 旧            |                                    |                               |  |
| 受給者    | 氏 名          | 矢吹 花子      |  | 氏 名          | 子育 花子                              |                               |  |
|        | 住 所          |            |  | 住 所          |                                    |                               |  |
| 加入保険   | 保険者名         | 全国保険協会矢吹支部 |  | 保険者名         | 【旧】<br>・わかる範囲で記入<br>・わからなければ未記入でも可 |                               |  |
|        | 記 号          | 111        |  | 記 号          |                                    |                               |  |
|        | 番 号          | 22222      |  | 番 号          |                                    |                               |  |
|        | 被保険者         | 矢吹 花子      |  | 被保険者         |                                    |                               |  |
| 金融機関   | 支払希望<br>金融機関 | 矢吹銀行 矢吹支店  |  | 支払希望<br>金融機関 |                                    |                               |  |
|        | 口座番号         | 11111111   |  | 口座番号         |                                    |                               |  |
|        | 資格喪失児童       | 氏 名        |  | 続柄           |                                    | 生年月日                          |  |
| 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

平成 30年 6月 1日

(例) 保険変更 (保険加入日)、住所変更 (住所異動日)、氏名変更 (氏名変更日)、金融機関変更 (変更したい日)

(裏)

付加給付に関する証明

社会保険加入者は会社の  
証明が必要です。  
(矢吹町国保加入者は、  
証明不要です)

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

なし

付加給付がない場合は  
「なし」と記入して下さい。

上記のとおり相違ないことを証明する。

記入日

年 月 日

事業所名 株式会社 子育て



#### 添付書類について

- ・ 加入保険変更 : 保険証(受給者と子)の写しを添付  
社会保険加入者は、「付加給付に関する証明」が必要
- ・ 金融機関変更 : 通帳(受給者の通帳に限る)の写し
- ・ 住所、氏名変更 : 添付書類なし。変更後の住所・氏名を記入。

※加入保険変更と金融機関変更の場合は、新たに「ひとり親家庭医療費受給資格者証(白色)」の発行はありません。