

決 裁	課長	副課長	係長	担当者	受付日	
					交付日	

親 ひとり親家庭等医療費受給者変更（消滅）届

受給者証番号一児扶番号		—		受付番号		
		新		旧		
変 更 の 場 合	氏名		( のため変更)			
	住所		新座市		新座市	
	加 入	保 険 者	国保・健保・共済・全国健保協会 保険者番号 ( )		国保・健保・共済・全国健保協会	
	医 療	記 号	番 号			
	保	被保険者等氏名 (児童から見た続柄)		( )		
	険	資格取得年月日		年 月 日	年 月 日	
	合	確 認 欄		<input type="checkbox"/> マイナポータル確認済み <input type="checkbox"/> 番号連携了承済み 保護者・児童 ( )		
	その他の事項					
	変更年月日		年 月 日			
	消 滅 の 場 合	消滅理由	1 市外に転出 【転出先 2 生活保護受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった 【理由 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 事実婚 5 その他 【			
消滅年月日		年 月 日				
受給者証返還		<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 児童 ( ) <input type="checkbox"/> 返還なし ( <input type="checkbox"/> 返信用封筒)				
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。		年 月 日		住所 新座市		
新座市長		電話		氏名		
				受付		