

# 記入例（消滅）

決 裁	課長	副課長	係長	担当者	受付日	変更する箇所のみ記入
					受付日	

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 医 療	氏名	( ) のため変更)			
	住所	新座市			新座市
	加入 の 医 療 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
	記号 番号				
	被保険者等氏名				

◎消滅理由

理由を1～5の中から1つ選び丸で囲んでください。複数該当する場合は、日付上最も早いものを選んでください。1の場合は転出先を、4の場合は理由にチェックを入れてください。

◎消滅年月日

消滅理由が発生する日付（例:婚姻の場合、婚姻日。事実婚の場合、同居等を開始した日。転出の場合、転出予定日等）を記入してください。

消 滅 理 由 の 場 合	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 checked="" 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したため、**受給資格が消滅**したため届け出ます。

○年 ○月 ○日 住所 新座市野火止1-1-1  
新座市長 電話 048-477-1111  
氏名 新座 太郎

受付

記入日、住所、電話番号、氏名を記入してください。※現在の住所、氏名を記入してください。