

記入例（変更）

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		◎氏名、住所変更 新しい氏名等を左（新）の欄に記入し、以前の氏名等を右（旧）の欄に記入してください。変更年月日に変更した日を記入してください。			
受給者証番号一見扶番号				新		旧	
変 更 入 の 医 療 場 合	氏名	新座 太郎 (母の籍に入籍のため変更)		野火止 太郎			
	住所	新座市野火止1-1-1		新座市野火止1-1-1 市役所ハイツ101号室			
	加入保険者	新座支部 国保・健保・共済 全国健保協会 国保 健保・共済・全国健保協会 保険者番号 ()		新座市			
	記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2	埼新	1 2 3 4 5 6		
	被保険者等氏名 (児童から見た続柄)	新座 花子 (母)					
	資格取得年月日	○年 ○月 ○日		○年 ○月 ○日			
合 所	◎加入医療保険の変更 全員分の新しい保険の内容が分かる書類（「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」等）の写しが必要です。新しい保険の内容を左（新）の欄に、以前の保険の内容を右（旧）の欄に記入してください。※以前の保険の内容で分からない部分は空欄にしてください。						
変 更 年 月 日			○年 ○月 ○日				
消 滅 理 由 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 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 したので届け出ます。 受給資格が消滅		○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。	