

様式第9号(第19条関係)

⑧ ひとり親家庭等医療費受給者変更(消滅)届

受給者証記号番号					
変更の場合	新氏名 (旧氏名)	( ) ( のため変更 )			
	新住所 (旧住所)	〒 電話 ( )			
	(新)勤内務容	職業			
		勤務先			
		勤務先所在地			
	(新)加入医療保険	保険の種類			
		世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		申請者との続柄	
		記号番号		保険者	
		保険者所在地	〒 電話		
		附加給付の有無			
その他の事項					
変更年月日	年 月 日				
消滅の場合	消滅理由	1 他市(町村)に転出 転出先( 電話 )			
		2 生活保護受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった 具体的理由( ) 5 その他( )			
消滅年月日	年 月 日				
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		したので届出します。	
年 月 日 横瀬町長 様		住 所 氏 名			