

① ひとり親家庭等医療費助成制度申請事項変更（消滅）届

				受付年月日						
申請者	フリガナ				負担者番号	8	1	1	3	
	氏名									
申請者	生年月日		年	月	日生	受給者番号				
変更内容	事由	1 氏名変更		3 保険変更						
		2 市内転居		4 その他（ ）						
	事由発生年月日		年	月	日					
	氏名	申請者	新			対象児	新			
			旧				旧			
	住所	新			電話	新	-	-		
		旧				旧	-	-		
	新加入保険	保険種別		1 国保	2 組合	3 協会	4 日雇	5 船員	6 共済	7 後期
		被保険者証記号番号		記号			番号			
		フリガナ				申請者との続柄		本人・本人外		
被保険者氏名				付加給付		有 ・ 無				
保険者所在地				保険者番号						
保険取得年月日		年	月	日	保険者名称					
その他の変更事項										
消滅内容	事由	1 他市町村へ転出		4 死亡						
		2 生活保護受給		5 その他（ ）						
		3 ひとり親家庭等でなくなった（ ）								
	資格消滅年月日		年	月	日					
新氏名			婚姻日			年	月	日		
新住所			電話			-	-			
<p>上記のとおり、ひとり親医療費助成制度の申請事項が変更されたので届出します。</p> <p>申請事項が変更されたので届出します。</p> <p>受給資格が消滅</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 昭島市</p> <p>(宛先) 昭島市長 氏名 印</p>										
備考										
電算 / 通知 /										

記載された事項は保健福祉総合システムのコンピュータに登録されます。

(注) 記名押印に代えて署名することができます。