

㊦ ひとり親家庭等医療費助成制度申請事項変更（消滅）届

申請者	フリガナ名	アキシマ ハナコ 昭島 花子		負担者番号	8	1	1	3					
	生年月日	○年 ○月 ○日		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 ()		新しい健康保険証の資格取得日									
	事由発生年月日	○年 ○月 ○日											
	氏名	申請者	新		対象児	新		注：昭島市の国保は「世帯主」、 社保は「被保険者」の氏名					
	住所	新			旧								
	新加入保険	保険の種類	① 国保 2 組合 3 協会 4 5 船員 6 共済 7 後期										
		被保険者証記号番号	記号	30-30		番号	1234						
		被保険者氏名	フリガナ	アキシマ ハナコ			申請者との続柄	○本人・本人外					
氏名			昭島 花子			附加給付	有・無						
保険者所在地		昭島市田中町1-17-1			保険者番号	138305							
保険取得年月日 (対象児)	○年 ○月 ○日		保険者名称	昭島市									
その他の変更事項													
消滅内容	事由	注：ご自身の住所ではありません。 昭島市の国保は市役所所在地（田中町1-17-1）を記入します。 社保は、健康保険証記載の「保険者所在地」を記入してください。											
	資格消滅年月日	年 月 日		死亡 その他 ()									
	新氏名					婚姻日	年 月 日						
新住所					電話								
備考	<p>上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の申請事項が変更されたので届け出ます。 令和元 年 ○月 ○日 (宛先) 昭島市長</p> <p>住所 昭島市田中町○丁目○番○号 氏名 昭島 花子 印</p>												
備考	<p>(注) 記名押印に代えて、署名することができます。</p> <p>保険証の保護者になっている方の氏名等を記入して下さい。</p>												