

様式第 5 号（第 7 条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

相 馬 市 長

令和 年 月 日

届出人 住所 相馬市
氏名

次のとおり変更が生じたので、届出します。

受給者番号		第 号		変更事由			
区分		新		旧			
受給者	氏 名						
	住 所	相馬市		相馬市			
加入 保 険	記 号						
	番 号						
	保険者名						
	被保険者						
	附加給付 内 容						
	勤務先						
振込先	金融機関名						
	本支店(所)名						
	口 座 番 号						
	フリガナ 名 義 人						
変 更 年 月 日		令和 年 月 日					
資格を喪失した児童	氏 名			続柄		生年月日	
	喪失年月日	令和 年 月 日					
	喪 失 事 由						
備考							

注意）変更の事実を証明できるものを提示してください。