

様式第9号（第19条関係）

⑨ ひとり親家庭等医療費受給者変更（消滅）届

受給者証番号							
変更内容	氏名	氏名	(届のため変更)				
		(旧氏名)					
	住所等	住所					
		(旧住所)					
		電話番号					
	保険証	保険者の名称					
		記号・番号					
		世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名		受給者との 続柄			
		保険者番号					
	振込先	金融機関名		銀行・農協・信金・信組			
		支店名(店番号)		支店・出張所 ()			
		口座番号					
名義(カタカナ)							
変更年月日		令和 年 月 日					
消滅理由	1 他市(町村)に転出 転出先 (電話番号)						
	2 生活保護等受給						
	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		令和 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		したので届け出ます。			
令和 年 月 日							
朝霞市長 宛		住所 朝霞市 氏名					