

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		〇〇〇〇〇〇〇〇						
変更内容	氏名	氏名	(届のため変更)					
		(旧氏名)						
	住所等	住所	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 20px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>該当する変更内容を御記入ください</p> <p>例) 加入する健康保険が変わった 「保険証」の箇所にも、新しい保険証の内容を御記入ください</p> </div>					
		(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						
		保険者番号						
	振込先	金融機関名						
支店名(店番号)								
口座番号								
名義(カタカナ)								
変更年月日		令和 4年 12月 1日						
消滅理由	消滅理由	1 他市(町村)に転出 転出先()	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 20px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>保険の加入日など、変更のあった日を御記入ください</p> </div>					
		2 生活						
		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						
<p>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 したので届け出ます。 受給資格が消滅</p> <p>令和 4年 12月 12日 朝霞市長 宛</p> <p style="text-align: right;">住所 朝霞市本町1-1-1 氏名 朝霞 花子</p>								