

ひとり親家庭医療費受給資格内容変更届出書

年 月 日

会津若松市長 あて

住 所 会津若松市

届出者 氏 名 印  
電話番号 ( )

下記の事由に変更が生じたので届出します。

また、届出事項の確認については、私の世帯の住民基本台帳、児童扶養手当受給資格者台帳、市民税の賦課に関する事項等により行うことに同意します。

受給者番号		変更事由	1氏名 2住所 3扶養義務者 4加入健康保険 5振込先金融機関 6受給資格の取得・喪失 7その他			
受給者氏名		住所 会津若松市				
同一生計の親族	氏名	生年月日	同意者押印欄	続柄	変更年月日	変更事由
		. .				
		. .				
		. .				
		. .				
		. .				
加入健康保険	被保険者氏名		記号		保険者番号	
	保険者名		番号		資格取得年月日 年 月 日	
振込先金融機関	金融機関名		名義人		口座種別 1 普通 2 当座	
	支店名等				口座番号	
資格の喪失	氏名及び生年月日		取得喪失事由		1 取得 年 月 日	
	年 月 日 生				2 喪失 年 月 日 (該当番号を で囲む)	
その他					備考	

- 注 1 変更事由欄の該当する番号を で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。  
2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。  
3 受給者証を添付してください。

受給資格	有 無
------	-----