

(表面)

ひとり親家庭医療費受給資格内容変更届

年 月 日

福 島 市 長

住 所

フリカ`ナ

届出者 氏 名

生年月日 年 月 日

電 話 ()

次のとおり変更が生じたので届け出ます。

受給者証番号		変更区分	1 氏名変更(子のみも含む) 2 住所変更 3 金融機関変更 4 児童の資格取得・喪失 5 加入保険変更 6 扶養義務者の異動			
区 分		変 更 前		変 更 後		
1	氏 名					
2	住 所					
住所異動による扶養義務者の増減(あり・なし)※○囲みください あり→裏面6を記入 増減なし→記入終了						
3	金 融 機 関 名	銀行 本店 金庫 支店 組合 出張所		銀行 本店 金庫 支店 組合 出張所		
	口 座 番 号	普通 預金 当座		普通 預金 当座		
4 児童 取得・喪失の資格	氏 名		続柄		生年月日 年 月 日	
	取得・喪失 年 月 日	年 月 日付け 取得・喪失				
	取得・喪失 事 由					
5 変更後の加入保険	被保険者氏名			記号・番号		
	保 険 者 名 称	☐ 全国健康保険協会()支部 ☐ 福島市国保 ☐ ()健康保険組合 ☐ その他 ☐ ()共済組合 ()				
	資格取得年月日	年 月 日				

裏面に続く

(裏面)

6 扶養義務者の異動	名 前	生 年 月 日	異 動 内 容
		年 月 日	同居 ・ 別居
		年 月 日	同居 ・ 別居
		年 月 日	同居 ・ 別居
		年 月 日	同居 ・ 別居
		年 月 日	同居 ・ 別居