

ひとり親家庭医療費受給資格内容変更届

令和 年 月 日

福島市長

住所

フリガナ

届出者 氏名

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 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 | | | |
|-----------------|----------------|--|-------------------|--|-------------------|----------|-------|
| 区 分 | | 変 更 前 | | 変 更 後 | | | |
| 受給者 | 氏 名 | | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | |
| 金 融 機 関 名 | | 銀行 金庫 組合 | 本 店 支 店 出張所 | 銀行 金庫 組合 | 本 店 支 店 出張所 | | |
| 口 座 番 号 | | 普通 預金 当座 | | 普通 預金 当座 | | | |
| 児童の資格 取得・喪失者 | 氏 名 | | 続柄 | | 生年 月日 | 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 取得 喪失 年 月 日 | 令和 年 月 日付け | | 取得 喪失 | | | |
| | 取得 喪失 事 由 | | | | | | |
| 変更後の加入保険 | 被保険者氏名 | | | 記号・番号 | | | |
| | 保 険 者 名 称 | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 | | <input type="checkbox"/> 福島市国保 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 資格取得年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | |