

# ひとり親家庭医療費受給資格変更届

泉大津市長殿

申請日

令和 ○ 年 × 月 × 日

必ず対象者の保険証の写しを添付

届出人

住所 泉大津市東雲町9番12号

氏名 泉大津 花子

父・母又は養育者の氏名

電話 0725-33-1131

携帯電話でも可

下記のとおり変更しましたのでお届けします。

変更理由		1 氏名		2 住所		③ 保険変更	
変更年月日		令和 ○ 年 × 月 × 日		対象者数		3 → 3	
変更理由		4 資格消滅 (一部・全部)					
対象者	住所	変更前		変更後			
	父・母又は養育者	氏名	受給者番号	2××××××	受給者番号		医療証の受給者番号
			泉大津 花子				
		氏名	受給者番号	2××××××	受給者番号		
	児童	氏名	泉大津 一郎				
			受給者番号	2××××××	受給者番号		
		氏名	泉大津 桜子				
			受給者番号		受給者番号		
	加入医療保険	保険者名					
		保険者所在地					
保険者番号							
保険種別		国・国組・政・組・共・日・船		国・国組・政・組・共・日・船			
記号番号							
付加給付		有・無 ( )		有・無 ( )			
被保険者等氏名							
被保険者等住所							
				公費・適 公費・喪	見出	台帳	異動