

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

年 月 日

猪苗代町長

届出人 住 所 猪苗代町
氏 名

次のとおり変更が生じたので、届け出ます。

受給者番号		猪苗代	変更事由			
区 分	新			旧		
受給者	氏 名		氏 名			
	住 所		住 所			
加 入 保 険	記 号		記 号			
	番 号		番 号			
	保険者名		保険者名			
	被保険者		被保険者			
	付加給付 内 容		付加給付 内 容			
	支払希望 金融機関		支払希望 金融機関			
	口座番号		口座番号			
変 更 年 月 日		令和 年 月 日				
資 格 を 喪 失 し た 児 童	氏 名		続柄		生年月日	. .
	喪失年月日	令和 年 月 日				
	喪 失 事 由					
注意) 変更の事実を証明できるものを提示してください。						