

親ひとり親家庭等医療費申請事項変更（消滅）届

令和 年 月 日

草加市長 あて

届出者 氏名 (印)
 (受給者) 電話・FAX
 (氏名を署名したときは、押印を省略できます)

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の申請事項が変更されたので届け出ます。
 受給資格が消滅

受給者番号							
変更の場合	加入医療保険 受給者全員の健康保険証の写しを添付してください	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ（記入不要）				
		記号・番号	記号			番号	
		保険者番号					
		保険の名称	国民健康保険（組合）・共済組合 健康保険（組合・協会）				
		資格取得日	平成・令和		年	月	日
	振込口座 通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		支店名	支店	
		口座番号	普通				
		名義人	(カタカナで記入)				
	住所・氏名 その他	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ（記入不要）				
		氏名 <input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 対象児童	(新氏名) <input type="checkbox"/> 届出者と同じ（記入不要）			(変更理由)	
(旧氏名)							
その他		変更内容を具体的に記入してください					
変更年月日	平成・令和		年	月	日		
<input type="checkbox"/> 消滅・ <input type="checkbox"/> 減員の場合	減員の場合	対象児童氏名					
	消滅・減員の理由	1 他の市町村に転出 (転出先：)					
		2 生活保護受給					
		3 死亡					
		4 ひとり親家庭でなくなった (具体的理由：)					
5 その他 ()							
消滅・減員年月日	平成		年	月	日		

変更の場合、変更箇所のみ記入してください。