

親ひとり親家庭等医療費申請事項変更（消滅）届

令和 2 年 4 月 20 日

草加市長 あて

住所 草加市高砂1-1-1

届出者 (受給者)

氏名 草加 花子 (印)

電話・FAX 048-000-0000

(氏名を署名したときは、押印を省略できます)

必ず連絡の取れる電話番号を記入してください。

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の

申請事項が変更 受給資格が消滅

したので届け出ます。

受給者番号		0123456								
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 checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ（記入不要）							
		記号・番号	記号	012			番号	012		
		保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
		保険の名称	〇〇産業				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 2 年 4 月 1 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)							
			<input type="checkbox"/> 届出者と同じ（記入不要）							
	変更後の健康保険証を見ながら記入してください。受給者全員の健康保険証の写しを添付してください。							(変更理由)		
住所・氏名 その他	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 対象児童	(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			
消滅・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。