

記入見本（保険変更）

（親）ひとり親家庭等医療費申請事項変更（消滅）届

〇〇年〇〇月〇〇日

草加市長 宛て

住所 草加市高砂一丁目1番地1号

必ず連絡の取れる電話番号を記入してください。

届出者 氏名 草加花子 (印)

電話・FAX 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(氏名を署名したときは、押印を省略できます。)

申請事項が変更

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の 受給資格が消滅 したので届出を行います。

受給者番号		0 1 2 3 4 5					<記入を省略する場合について> 受給者全員の医療保険情報がわかるものの写しを添付してください			
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別添写しのとおり (個人番号を提供する場合は、記入を省略することができます。)									
	被保険者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ (記入不要)								
	記号・番号	1 2 3		・		4 5 6 7				
	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	
	保険の名称	草加市		<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合						
	資格取得日	令和 6年 12月 2日								
変更の場合	<省略しない場合について> 変更後の医療保険情報わかるもの(※)を見ながら記入してください。 ※医療保険情報がわかるものとは・・・ 1. 医療保険の保険者から交付された「資格確認書」の写し 2. 医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」の写し 3. マイナポータルの保険情報がわかる「資格情報画面」の写し 受給者全員の保険情報がわかる書類の写しの添付をお願いします。 保険情報が不明の場合には、こども政策課までお問い合わせください。									
	世帯構成 その他	世帯構成								
		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	年 月 日							
消滅の場合	消滅の理由	1 他の市町村に転出 (転出先：)								
		2 ひとり親家庭でなくなった (具体的理由：)								
		3 生活保護等受給 4 死亡 5 その他 (具体的理由：)								
	消滅年月日	年 月 日								

変更の場合、変更箇所のみ記入してください。

記入見本（口座変更）

第9号様式（第19条関係）

① ひとり親家庭等医療費申請事項変更(消滅)届

年 月 日

草加市長 宛て

住所 草加市高砂一丁目1番地1号

必ず連絡の取れる
電話番号を記入して
ください。

届出者 氏名 草加花子 ①

電話・FAX 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(氏名を署名したときは、押印を省略できます。)

申請事項が変更

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の 申請事項が変更 したので届出を行います。
受給資格が消滅

受給者番号		0 1 2 3 4 5 6 7									
変更の場合	加入医療保険	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり (個人番号を提供する場合は、記入を省略することができます。)									
		被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ (記入不要)								
		記号・番号	.								
		保険者番号									
		保険の名称	<記入を省略する場合について> 受給者本人名義の金融機関口座の写しを添付してください							<input type="checkbox"/> 共済組合	
		資格取得日									
変更の場合	振込口座	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別添写しのとおり (通帳等の写しを提出)									
		金融機関名	埼玉りそな			銀行・農協		支店名	草加		支店
		口座番号	普通	1	2	3	4	5	6	7	
		名義人	(カタカナで記入) <u>ソウカ ハナコ</u>								
<省略しない場合について> 変更したい口座の通帳 (又はキャッシュカード) を見ながら記入してください。 通帳 (又はキャッシュカード) の写しを添付してください。 受給者本人名義の金融機関口座に限ります。 ネットバンクの場合には、銀行名、支店名、口座番号、振込名義人が記載されている箇所をスクリーンショットで撮影し印刷の上、添付してください。											
変更の場合	その他	世帯構成								(前住所) ※転入者は前年1月1日時点での住所を記入してください。	
		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										
消滅の場合	消滅の理由	1 他の市町村に転出 (転出先:)									
		2 ひとり親家庭でなくなった (具体的理由:)									
		3 生活保護等受給 4 死亡 5 その他 (具体的理由:)									
		消滅年月日									

変更の場合、変更箇所のみ記入してください。