

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

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。)

必ず連絡の取れる電話番号を記入してください。

申請事項が変更 したので届出を行います。 受給資格が

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の

<記入を省略する場合について> 受給者全員の保険情報がわかるものの写しを添付してください

受給者番号	0 1 2 3 4 5 6 7								
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>  
 変更後の保険情報わかるもの (※)を見ながら記入してください。  
 ※保険情報がわかるものとは・・・  
 1. 「健康保険証」  
 2. 「資格確認書」  
 3. 「資格情報のお知らせ」  
 4. 「マイナポータル等の資格情報のコピー」

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	(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	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）

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 信用金庫		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。											
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。

【郵送先】 〒340-8550 埼玉県草加市高砂1-1-1  
草加市役所 こども政策課 手当・給付係 宛て