様式第９号(第２２条関係)

ひとり親家庭等医療費 受給資格内容等変更・喪失届

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給資格内容等が変更 または 喪失 となる受給者名 |  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変　更 | 項目 | 変更後内容 |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 皆野町大字 |
| 加入医療保険 | 被保険者等の氏名 |  |
| 記号・番号 | ・ |
| 保険者番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 資格取得年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  |
| 本店名・支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ） |  |
| 喪　失 | 理　　由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 変更 または 喪失 事由発生日 | 年　　　　月　　　　日 |

上記のとおり、　　変更　　・　　喪失　　事由が発生したので届出します。

年　　　月　　　日

　　皆野町長　様

受給者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先：　　　　-　　　　-　　　　）