

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							

		項目	変更後内容					
変更		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： - - )