

様式第 6 号 (第 10 条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格内容等変更届									
年 月 日									
真岡市長 様									
住所 真岡市									
申請者 氏名									
電話									
受給者氏名						資格者証番号			
変更事項	変更事由		住所変更・氏名変更・保険証変更・その他（ ）						
	住所								
	助成対象者	氏名						続柄	
		氏名						続柄	
		氏名						続柄	
		氏名						続柄	
	加入保険	保険証記号番号	保 険 者 名			被保険者氏名			
			共済組合 健康保険組合 国民健康保険・真岡市 全国健康保険協会（ ）支部						
備考									
資格喪失	喪失事由		転出・婚姻（事実婚含む）・生活保護受給・死亡・その他（ ）						
	事由発生日		年 月 日						

事務処理欄	受 付 日		決 定 日			
	システム入力	未 ・ 済	担 当 者			
	受給資格証発行	未 ・ 済 ・ 無				