

決	課長	課長補佐	係長	係	受付	年	月	日
裁						年	月	日
						年	月	日

記載例

ひとり親家庭医療費受給資格内容等変更届

真岡市長 様

申請する日を記載してください。
(8月1日以降の日付)

住所 真岡市

住所、氏名、電話番号を記載してください。

申請者 氏名

電話

変更事由を○で囲んでください。

受給者氏名		受給資格者の氏名		資格者証番号	資格者証4桁の番号
変更事項	変更事由	住所変更・氏名変更・ <u>保険証変更</u> その他（			
	住所	※住所変更の場合、変更後の住所			
	助成対象者	氏名	※氏名変更の場合、変更後の氏名		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
		※保険の記号番号	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		※被保険者の氏名 (国保は世帯主)
	備考	内容等変更届は、登録内容に変更がある方のみ提出が必要です。(※加入保険、氏名、住所などが変わった場合)			
	資格喪失	喪失事由			
事由発生日		年 月 日			