様式第9号(第11条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者変更届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | 受給者氏名 | |  | | | 個人番号 |  |
|  | | 生年月日 | | 年 　月 　日 | | | 性別 | 男・女 |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 届出事項 | | | 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 1　氏名の変更  2　住所の変更  3　医療保険の種類又は記載事項の変更  4　減額認定証の記載事項の変更等(減額認定証の交付・返納を含む。)  5　受給者のうち一部の者に係る資格喪失  6　新たに監護又は養育する児童が生じたこと  7　その他の変更 | | | 変更理由 | | | | | |
| 変更事項 | | | | | | | | |
| 旧 | | | | | 新 | | | |
|  | | | | |  | | | |

　上記のとおり変更したので受給者証を添えて届け出ます。

加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者 | 住所  氏名　　　　　　　　　　　㊞ |

　　燕市長　　　　様

注　1　届出事項の該当する番号を○で囲んでください。

　　2　変更理由は詳しく記載してください。

　　3　記名押印に代えて署名することができます。