

記入例

様式第9号(第19条関係)

○親

ひとり親家庭等医療費受給者変更(消滅)届

受給者証記号番号		1 2 3 4 5 6 7			
変更の場合	新氏名 (旧氏名)	受給者証(薄緑色)の2段目の番号(7けた)になります。			のため変更)
	新住所 (旧住所)				
	(新)勤務内容	職業			
		勤務先	健康保険証の内容を記入してください。		
		勤務先所在地			
	(新)加入医療保険	保険の種類			
		世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	松山 花子	申請者との続柄	本人
		記号番号	2 2 2 3 8 9 2 1	保 険 者	〇〇〇〇健康保険組合
		保険者所在地	電話		
		付加給付の有無			
その他の事項	世帯構成 ・増員(氏名・個人番号:) ・減員(氏名:) その他				
変更年月日	令和6年 1月 1日				
消滅の場合	消滅理由	1 他市(町村)に転出 転出先() 電話 () 2 生活保護等受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった 具体的理由() 5 その他()			
	消滅年月日	年 月 日			
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の		申請事項が変更 受給資格が消滅			したので届け
出します。		提出日を記入してください。			
令和6年 1月 15日 東松山市長 宛て		住 所 東松山市 松葉町1-1-58 氏 名 松山 花子			