様式第7号(第17条関係)

親　ひとり親家庭等医療費助成事業申請事項変更(消滅)届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療証番号 | | 負担者番号 | | |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | | |
| 受給者番号 | | |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| 変更の場合 | 新氏名  (旧氏名) | | | | (　　　　　　のための変更)  (　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 新住所  (旧住所) | | | | 〒  (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| (新)勤務内容 | | 職業 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| (新)　加入医療保険 | | 保険の種類 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | 申請者との続柄 | | | | |  | |
| 保険証記号番号 | |  | | | | | | 保険者名 | | | | | 符号　　名称 | |
| 保険者所在地 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　) | | | | | | | | | | | | |
| 附加給付の有無 | |  | | | | | | | | | | | | |
| その他の事項 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 消滅の場合 | 消滅理由 | 1　市(町村)に転出  　(転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  2　生活保護受給  3　死亡  4　ひとり親家庭でなくなった(具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　)  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助成事業の | | | | | | | | | | | | 申請事項が変更  受給資格が消滅 | | | | | しましたので届 |
| け出します。  年　　月　　日  　山北町長　殿  住所  氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |