

年 月 日

子ども

ひとり親家庭等 医療費助成変更届

記載例

係 員

乳幼児・子ども医療の場合・・・健康保険の扶養義務者の住所・氏名

ひとり親家庭等医療の場合・・・18歳以下の子供を現に扶養している者

(母子医療の場合は母・父子医療の場合は父)の住所・氏名

住所 檀原市

氏名

受給者番号	生年月日		平成・令和	年	月	日生	性別	男・女	制度	1 県単 2 市単
変更前	フリガナ	※宛名コード		変更後	フリガナ	※宛名コード				
	受給者名				受給					
	住 所	檀原市			住					
医療種別コード		変更・喪失理由 (異動事由)		<input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> 転 出 <input type="checkbox"/> 保 険 喪 失 <input type="checkbox"/> 生活保護の開始 <input type="checkbox"/> そ の 他 () <input type="checkbox"/> 氏 名 変 更 <input type="checkbox"/> 住 所 変 更 <input type="checkbox"/> 保 険 変 更 (変 更 ・ 喪 失 年 月 日 令和 年 月 日)						
変更後の加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		フリガナ	※宛名コード	続 柄	住 所				
	記 号 ・ 番 号									
	保 険 者 番 号									
備 考		システム入力日 (/)、新証交付 未済・済 (/)、旧証回収 未済・済 (/)								

保険変更した人全員の情報を
記入してください

新しい保険証のコピーと一緒に
提出してください

保 07 医師歯科
の 他
在 地

※印の欄は記入しないでください。