

年 月 日

子ども
ひとり親家庭等 医療費助成変更届

係 員

(宛先) 檀原市長

下記のとおり届出します。

住所 檀原市
届出者
氏名

受給者番号		生年月日		昭和・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				受給者名					
	住 所	檀原市			住 所	檀原市				
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 平成 令和 年 月 日) (変 更 ・ 喪 失 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				
					檀原市					
	記 号 ・ 番 号	保 険 種 別								
		01 協 会 02 日 雇 03 組 合 04 船 員 05 共 済 06 国 保 07 医 師 歯 科 08 中 央 建 設 09 全 国 建 設 10 全 国 板 金 業 11 全 国 土 木 12 そ の 他								
	保 険 者 番 号	保 険 者 名			所 在 地					
備 考		システム入力日 (/)、新証交付 未済・済 (/)、旧証回収 未済・済 (/)								

※印の欄は記入しないでください。