様式第5号(第7条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

　　年　　月　　日

小野町長　　様

届出人　住所　　小野町大字

氏名　　　　　　　　　　㊞

次のとおり変更が生じたので、届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | | | 第　　　　　号 | | 変更事由 | | | | |  | | |
| 区分 | 新 | | | | | | | 旧 | | | | | |
| 受給者 | 氏名 | |  | | | | | 氏名 | |  | | | |
| 住所 | |  | | | | | 住所 | |  | | | |
| 加入保険 | 記号 | |  | | | | | 記号 | |  | | | |
| 番号 | |  | | | | | 番号 | |  | | | |
| 保険者名 | |  | | | | | 保険者名 | |  | | | |
| 被保険者 | |  | | | | | 被保険者 | |  | | | |
| 付加給付内容 | |  | | | | | 付加給付内容 | |  | | | |
| 支払希望金融機関 | |  | | | | | 支払希望金融機関 | |  | | | |
| 口座番号 | |  | | | | | 口座番号 | |  | | | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 資格を喪失した児童 | | 氏名 | | |  | | 続柄 | |  | | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 喪失年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 喪失事由 | | |  | | | | | | | | |
| (注意)　変更の事実を証明できるものを提示してください。 | | | | | | | | | | | | | |