

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

檜葉町長 様

届出人 住 所
氏 名

印

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 名		被 保 険 者 名			
	附 加 給 付 内 容		附 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 児 童	氏 名		続 柄		生 年 月 日	
	喪 失 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。						