記入例

様式第９号（第１９条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格内容変更(喪失)届

申請者	受給者番号	○○○○○○○		
	氏名	ふじみ野　太郎	生年月日	平成○○年○月○日
	住所	ふじみ野市福岡１－１－１		

	受給者番号	氏名	個人番号
受給者	○○○○○○○	ふじみ野　太郎	○○○○○○○○○○○○○
	○○○○○○○	ふじみ野　次郎	○○○○○○○○○○○○○
	○○○○○○○	ふじみ野　花子	○○○○○○○○○○○○○

受給者番号を記入し、申請者本人を含め、対象者を記入してください

※　該当する個所を記入してください。

記

申請者新住所				氏変更	→
受給者新住所				氏変更	→
加入医療保険	保険記号番号	記号　○○　番号○○○○	被保険者氏名	ふじみ野　太郎	
	保険者の名称	○○健康保険組合	保険者番号	○○○○○○○	
振込先	金融機関名		本店・支店・出張所名		店番
	預貯金種目	普通・当座	口座番号		
	口座名義人	(カタカナ)			
変更内容		保　険・転　居・振込口座・その他(　　)			
変更年月日		令和○○年○月○日			
喪失内容		転　出・死　亡・移　行・取　下・その他(　　)			
喪失年月日		年　　月　　日(証回収日　　年　　月　　日)			

健康保険の「認定日」「認定年月日」「資格取得日」を記入してください

上記のとおり　変更　・　喪失　が生じたので、届け出ます。

また、市長がふじみ野市ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例施行規則に基づく事務を行うため、必要な範囲で公簿の確認及び個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

令和○年○月○日

ふじみ野市長　宛て　届出人　住　所　ふじみ野市福岡１－１－１

ふじみ野市会計管理者　宛て　（申請者）氏　名　ふじみ野　太郎

電話番号　０４９（　２６２　）９０４１

（受給対象者との続柄　　本人　）