

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	受給者番号	氏名	受給者番号	氏名
		ふじみ野 太郎	受給者番号を記入し、申請者本人も含め、対象者を記入してください	
		ふじみ野 次郎		
	ふじみ野 花子			

※ 該当する個所を記入してください。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 保険・ <input type="checkbox"/> 転居・ <input type="checkbox"/> 振込口座・ <input type="checkbox"/> その他() <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;">健康保険証に記載のある「認定日」「認定年月日」「資格取得日」を記入してください</div>		
変更年月日	平成○○年○○月○○日		
喪失内容	<input type="checkbox"/> 転出・ <input type="checkbox"/> 死亡・ <input type="checkbox"/> 移行・ <input type="checkbox"/> 取下・ <input type="checkbox"/> その他() <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;">健康保険証に記載のある「認定日」「認定年月日」「資格取得日」を記入してください</div>		
喪失年月日	年 月 日(証回収日 年 月 日)		

上記のとおり 変更・喪失が生じたので、受給者証を添えてお届けします。

平成○○年○○月○○日

ふじみ野市長 あて 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 あて (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)