

記入例

申請日を記入

母子・父子家庭医療費受給資格変更届

令和●年●●月●●日

南三陸町長 様

住所 南三陸町志津川字沼田101番地
受給者
氏名 三陸 太郎

次のとおり変更が生じたので、南三陸町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例第7条第2項の規定により届出します。

| | | | | | |
|------------------------------|---------------|---------------|---|--------------|-----------------|
| 受給者証番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | 変更事由 | <input type="checkbox"/> 医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 区分 | 新 | | 旧 | | |
| 受給者 | 氏名 | | 氏名 | | |
| | 住所 | 南三陸町志津川字沼田●番地 | 住所 | 南三陸町歌津字柘沢●番地 | |
| 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 | | |
| | 付加給付内容 | | 付加給付内容 | | |
| 変更年月日 | 令和●年●●月●●日 | | | | |
| 資格を取得し、又は喪失した児童 | 氏名 | | 続柄 | | 生年月日 年 月 日 |
| | 取得・喪失年月日 | | | | |
| | 取得・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。 | | | | | |