

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

令和 年 月 日

双葉町長 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					被保険者						
	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				令和 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											
	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。												