

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失／内容等変更届

年 月 日

宇多津町長 殿

申請者 住 所 綾歌郡宇多津町
氏 名 印
個人番号
連 絡 先

次のとおり 年 月 日から 喪失 したので届けます。
変更

受給資格者証番号			
対象者			

変 更 事 項		新			
受 給 資 格 者	氏 名			続 柄	
	(生年月日)	年	月	日	電話番号
	住 所	綾歌郡宇多津町			
対 象 者	氏 名				
	住 所				
振 込 先	銀行	支店	口座番号	普通・当座	
	フリガナ				
	名義人				
加 入 保 険	保険の種類	(日・協・組・船・共・国) (一般・退職)		記号番号	
	附加給付	有・無	被保険者氏名	続柄	
備 考					

- (注) 1 変更事項欄は、該当欄のみ記入
 2 さきに交付された受給資格者証を添付すること。
 3 加入保険の変更の場合は、新しい被保険証(組合員証)を提示すること。
 4 申請者氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。