

⑧ ひとり親家庭等医療費助成制度
申請事項変更(消滅)届

医療証番号		負担者番号											氏名		
		受給者番号													
変更の場合	新氏名 (旧氏名)			() ()のため変更)											
	新住所 (旧住所)			()											
	(新)加入医療保険	保険の種類			1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期										
		被保険者氏名							申請者との続柄						
		被保険者等記号番号							保険者名						
		保険者所在地			電話										
		付加給付の有無													
	その他の事項														
変更年月日			年 月 日												
消滅の場合	消滅理由	1 他区(市町村)に転出 (転出先) 2 生活保護受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった (具体的理由) 5 監護しなくなった 6 その他()													
		消滅年月日			年 月 日										
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の申請事項が変更 受給資格が消滅 しましたので届け出します。 年 月 日 日野市長 殿 住所 氏名 電話															

負担者番号変更	同一住所
あり・なし	