

受給者証に記載している
番号、氏名、生年月日を
記入してください。

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

受給者証番号	受給者氏名
	(年 月 日生)

変更事項	変更前	変更後
受給者	氏名	
	住所	
保護	氏名	続柄

該当する箇所に記入してください。
・被保険者氏名は『本人』の場合は氏名を、『家族』の場合は被保険者氏名を記入してください

被保険者証(例) 本人(家族)

記号 ○○○○ 番号 ●●●●

氏名 □□ □□ 性別◇

生年月日 ~X年Y月Z日 交付日 A年B月C月

被保険者氏名 □□ △△

保険者番号 ◎◎◎◎◎◎◎◎

保険者名 ▲▲▲▲▲▲▲▲ 組合

保険者所在地 ■■県■■市■■町~

後期	協会・組・船・共・国組・国(一・退)・後期
店	銀行 店

元	預金種別	普通 ・ 当座	普通 ・ 当座
	その他		
	変更年月日	年 月 日	

上記のとおり変更があったので、受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

届出する方の住所、氏名を記入してください。

届出人(受給者等)

住所

氏名

釜石市長 宛て