

記入例

様式第10号(第2条関係)

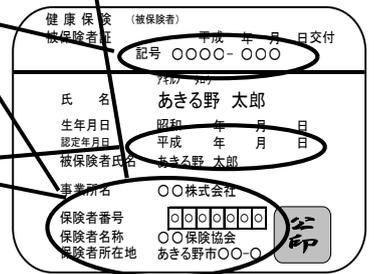
① ひとり親家庭等医療費助成制度
申請事項変更(消滅)届

**変更の場合に記入(①~③)
変更がない部分は空欄にしてください**

医療証 番号	負担者番号	81130000			
	受給者番号	00000000			
①住所変更の場合 記入	新(旧)氏名	あきる野 花子 (のため変更) (秋川 花子)			
	新(旧)住所	あきる野市二宮350 電話 042-558-1111 (あきる野市五日市411)			
②勤務先変更の場合 記入	(新)職	会社員・パートなど			
	勤務先	〇〇会社			
③加入保険変更の場合 記入	勤務先住所	あきる野市秋川〇〇番地			
	(新)保険の種類	社保・国保など			
の	被保険者氏名	あきる野 花子	続柄	本人	
	被保険者証記号番号	00000-00 (枝番)	保険者名	符号	000000 〇〇保険組合・協会 あきる野市 など
	保険者所在地	記入不要			
	付加給付の有無				
その他事項					
変更年月日	00年0月0日				
消滅の場合	理由	① 他区(市町村)に転出 (転出先 〇〇区〇〇 〇〇番地) 2 生活保護受給 電話 03-0000-0000) 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった (具体的理由) 5 その他 ()			
	消滅年月日	00年0月0日			
<p>消滅の理由に○をつけてください</p> <p>申請事項が変更のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の受給資格が消滅しましたので届け出します。</p> <p>00年0月0日</p> <p>あきる野市長あて</p> <p>住所 あきる野市二宮350 氏名 あきる野 花子</p>					

住所・氏名変更の場合は
(新)(旧)の両方を記入

新保険証を確認し記入
してください
保険変更の場合保険証の
コピーを添付してください



市外転出など消滅の場合に記入

消滅の理由に○をつけてください

申請事項が変更のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の受給資格が消滅しましたので届け出します。

出します。

00年0月0日

あきる野市長あて

住所 あきる野市二宮350

氏名 あきる野 花子