

ひとり親家庭医療費受給資格変更（喪失）届

年 月 日

千早赤阪村長 様

届出者	住所		電話	
	氏名		対象者との続柄	

下記のとおり、変更（喪失）しましたのでお届けします。

項 目		変更（喪失）前	変更（喪失）後			
加入医療保険関係	保険者関係	名 称				
		所 在 地				
		附加給付	有 ・ 無	有 ・ 無		
	被保険者関係	被保険者等氏名				
		被保険者等住所				
		記号・番号				
その他（ ）						
変更（喪失）事由						
変更（喪失）年月日		年 月 日				
受 給 者 番 号		氏 名	生年月日	続柄	性別	
	1	個人番号：	. .	父・母 ・養育者	男・女	
	2	個人番号：	. .		男・女	
	3	個人番号：	. .		男・女	
	4	個人番号：	. .		男・女	
	5	個人番号：	. .		男・女	
(備考)						
処理欄	医療証回収年月日		供 覧		係	受 付
	年 月 日					