

変更 消滅	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 世帯員/児童(増・減) <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 保険
	<input type="checkbox"/> 資格消滅

受付	年 月 日
交付	年 月 日

様式第9号(第19条関係)

(親) ひとり親家庭等医療費受給者変更(消滅)届

受給者証記号番号		三郷親 0		
変更 の 場 合	新氏名 (旧氏名)	() () のため変更 () ()		
	新住所 (旧住所)	加入医療保険の変更以外は 窓口 でのお手続きが必要です。		
	(新) 職業			
	内勤 勤務先			
	容務 勤務先所在地			
	(新) 保険の種類 (保険者の名称)	全国健康保険協会 () 支部 ・ 国保 健保組合 ・ 国保組合 共済組合 ・ 船員保険		
	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	申請者との続柄	
		記号番号	保険者番号	
		保険者所在地	〒 電話	
		附加給付の有無		
その他の事項 (世帯員:増・減) (児童:増・減)	加入医療保険の変更以外は 窓口 でのお手続きが必要です。			
変更年月日	令和 年 月 日			
消滅 の 場 合	消滅理由	加入医療保険の変更以外は 窓口 でのお手続きが必要です。		
	消			
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の		申請事項が変更 受給資格が消滅	したので届出します。	
令和 年 月 日 三郷市長 あて 住所 氏名		印		

※住所・世帯変更の場合⇒児童扶養手当の変更届の裏面(世帯状況確認書)のコピーを添付する。