第７号様式（第19条関係）

㊒ 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		
	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）		日野市　　（電） （日野市　　）
	(新)勤務内容	職業	
		勤務先	
		勤務先住所	
	(新)加入医療保険	保険の種類	国保・組合・協会・共済・日雇・船員
		被保険者氏名	申請者との続柄
		被保険者証記号番号	保険者名　番号　名称
		保険者所在地	〒　　（電）
		付加給付の有無	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　　（電）　　） 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　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

（あて先）　日　野　市　長

住所　日野市

氏名

負担者番号変更	同一住所	受付
あり・なし		