

様式第5号(第9条関係)

ひとり親家庭等医療費登録内容変更届

年 月 日

届出者  
住 所  
電話番号  
氏 名

宝達志水町長 様

上記のとおり変更が生じたので、受給資格証を添えて届け出ます。

変更事由	1 氏名	2 住所	3 加入保険	4 振込先金融機関
	5 受給資格の取得・喪失		6 その他	
氏名		住所		
電話番号( )				
加入保険	被保険者番号		記号 番号	保険者名
	保険者番号		資格取得日 年 月 日	勤務先
振込先 金融機関	銀行名等		支店名等	名義人
	種別		口座番号	
受給資格 の取得・ 喪失	氏名及び生年月日  年 月 日		取得喪失事由	1 取得 年 月 日 2 喪失 年 月 日 (該当番号を○で囲む。)
	その他			備考

注1 変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。

2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。