様式第9号(第19条関係)

　ひとり親家庭等医療費受給者変更(消滅)届　　　**記入例（保険変更の場合）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証記号番号 | | | | **１２３４５６７（受給者証の2段目の番号）** | | | | |
| 変更の場合 | 新氏名  (旧氏名) | | | (　　　　　　のため変更)  (　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 新住所  (旧住所) | | | 〒  　　　　　　電話  (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| (新) | | 職業 | **会社員** | | | | |
| 内容  勤務 | | 勤務先 | **すぎとまち株式会社** | | | | |
| 勤務先所在地 | **杉戸町清地２－９－２９** | | | | |
| (新) | | 保険の種類 | **社会保険** | | | | |
| 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 | **杉戸　花子** | | 申請者との続柄 | | **本人** |
| 加入医療保険 | |
| 記号番号 | **１２３　４５６７８** | | 保険者 | | **全国健康保険組合**  **すぎと支部** |
| 保険者所在地 | **〒３４５－００３６**  **杉戸町杉戸〇―〇―●　　　　　電話　0480-33-1111** | | | | |
| 附加給付の有無 |  | | | | |
| (新)振込先 | | 金融機関 |  | | | | |
| 支店名 |  | | | | |
| 口座番号 |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | |
| その他の事項 | | |  | | | | |
| 変更年月日 | | | **令和５年　６月７日　（保険変更の場合保険の認定年月日）** | | | | |
| 消滅の場合 | 消滅理由 | 1　他市(町村)に転出  　　転出先(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　)  2　生活保護等受給  3　死亡  4　ひとり親家庭等でなくなつた  　　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５**　年　**１２**月　　**３**　日  　杉戸町長　　　　あて  住所　　**杉戸町清地〇―×―×**  氏名　　　　**杉戸　花子** | | | | | | | | |

**※保険証の変更の場合、医療費を受給している全員の保険証のコピーもお願いします。**