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。**