

様式第9号（第7条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

年 月 日

会津美里町長

届出人 住所
氏名

次のとおり変更が生じたので、届出します。

受給者番号		第 号		変更事由			
区分	新			旧			
受給者	氏名			氏名			
	住所			住所			
加入 保 険	記号			記号			
	番号			番号			
	保険者名			保険者名			
	被保険者			被保険者			
	附加給付 内 容			附加給付 内 容			
	支払希望 金融機関			支払希望 金融機関			
	口座番号			口座番号			
変更年月日		年 月 日					
資格 喪失 児童	氏名			続柄		生年月日	年 月 日
	喪失年月日						
	喪失事由						
注意) 変更の事実が証明できるものを提示してください。							