

記入例

令和 ● 年 ● 月 ● 日

ひとり親家庭医療費受給内容等変更届

伊予市長様

受給者の住所、名前、日中に連絡の取れる電話番号（必須）を記入してください。

受給(資格)者又は家庭主等

住所 伊予市 ●●●●●

氏名 伊予 媛子

(電話 自宅 ●●●-●●●●-●●●●) ※本人自ら署名した場合は、押印不要です。

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

受給者氏名		受給者番号		変更年月日 令和 年 月 日	
伊予 媛子 伊予 愛子		●●●●● ●●●●●		交付年月日 (国保加入のときのみ記入) 令和 年 月 日	
区分		国民健康保険を脱退する受給者全員の名前を記入してください。受給者番号やご加入の健康保険の記号・番号等がわからない場合は、省略してもかまいません。			
母又は父(扶養者)	住所				
	氏名				
	個人番号				
加入医療保険	記号番号	●●●●●		●●●●●	
	被保険者氏名	受給者との続柄 ()		受給者との続柄 ()	
	保険者(保険者番号)	愛媛県伊予市 (380105)		●●●●● (●●●●●)	
その他					

記入は不要です。					
----------	--	--	--	--	--

