

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届

年 月 日

宮崎市長 殿

住 所 宮崎市

届出者

氏 名

次のとおりひとり親家庭等医療費受給資格の変更について届け出ます。

受給者番号		変更日	年 月 日
変更事項		変更前	変更後
氏 名			
住 所			
加入医療保険	被保険者名		
	保険者名		
	記号番号		
	附加給付金の内容		
振込先口座	フリガナ 口座名義人		
	金融機関名		
	本店・支店名		
	口座番号		
受給資格の該当要件			
備 考			

- 注1 受給資格者証を添付してください。  
 2 変更が生じた事項のみ記入してください。  
 3 加入医療保険を変更したときは、被保険者証を提示してください。  
 4 1つの受給資格者証に記載されている受給資格者について、この届と同じ内容の変更を行うときは、備考欄にその者の氏名及び受給者番号を記入してください。