

# ※太枠内のみご記入ください

様式第7号(第7条関係)

## ひとり親家庭等医療費受給資格変更届

宮崎市長殿

受給者番号(届出者)	_____年 月 日
住所	宮崎市 _____
届出者 氏名	_____
電話番号	_____

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。

変更日	_____年 月 日		
変更事項	変更後		
氏名	/		
住所			
加入医療保険	種類	1. 宮崎市(国民健康保険)	2. 全国健康保険協会 支部
※保険証情報を変更する場合のみ記入	被保険者氏名	3. _____ 保険組合	4. その他
		続柄 ( )	
※口座情報を変更する場合のみ記入	振込先口座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協
		本店名・支店名・出張所名	本店・支店・出張所
		口座番号	
		口座名義人(カタカナ)	
受給資格の該当要件	/		
備考			

### 注意事項

- 1 変更が生じた事項のみ記入してください。
- 2 ~~受給資格者証を添付してください。~~
- 3 加入医療保険を変更したときは、受給者及び乳幼児の被保険者証の写しを添付してください。
- 4 振込先口座を変更したときは、変更後の振込先口座の事項の記載内容を確認することができる預金通帳の写しを添付してください。
- 5 ~~1つの受給者証に記載されている受給者について、氏名以外の事項をこの届けと同じ内容に変更したときは、備考欄にその者の氏名を記入してください。~~

※処理欄	住所異動 住記(同居人(同住所別世帯含む) 確認済( )
	受給資格者証: 変更なし・書き換え済・新証出力済・発送必要(発送 _____年 月 日)
	システム: _____年 月 日 確認済・修正済