

(表)

ひとり親家庭等医療費受給者資格変更（消滅）届

(宛先) 行田市長

次のとおり届け出ます。

申請年月日	年	月	日		
受給者証番号		受給者氏名		生年月日	
		個人番号		.	
住 所	行田市			電 話	

1 住所変更／扶養義務者の変更

新住所	行田市			電 話	
転居日（事由発生日）	.		1氏名	.	続柄
			(個人番号：)		
同居人の有無	有	無	2氏名	.	続柄
			(個人番号：)		
家族構成の変更	無・有	増・減	3氏名	.	続柄
			(個人番号：)		

2 氏名変更（変更年月日 年 月 日）※戸籍謄本を添付してください(児童扶養手当受給者以外)。

変更前		変更後		個人番号	
				個人番号	
				個人番号	

3 振込先金融機関の変更（変更年月日 年 月 日）

金融機関名	銀行・農協・信金・信組										支店名												
店番号										預金種別	普 通		口座番号										
名義(カタカナ)																							

4 加入医療保険の変更（変更年月日 年 月 日）

※他の保険証に加入している対象者はいますか。 いない ・ いる → 変更事項 無 ・ 有																										
記 号				番 号				被 保 険 者 ・ 世 帯 主 等 氏 名										申請者との続柄								
保険者番号								保 険 者 称		全国健康保険協会 健康保険組合・共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 支 部																
対象者 (対象者全員を記入)	氏 名						個人番号						生年月日						続柄		保 険 資 格 取 得 日					
													.								.					
													.								.					
													.								.					
													.								.					

(裏)

5 受給者構成の変更 (変更年月日 年 月 日)

(世帯員増)

記 号		番 号		被 保 険 者 ・ 世 帯 主 等 氏 名		申請者との続柄		
保 険 者 番 号				保 険 者 名 称		全国健康保険協会 健康保険組合・共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 支 部		
増員 対象 児童	氏 名		生年月日	続柄	監護の日	事 由	障害	保険取得日
	個 人 番 号							
			. .		. . .		有・無	. . .
			. .		. . .		有・無	. . .
			. .		. . .		有・無	. . .

(世帯員減)

減員 対象 児童	氏 名		生年月日	事由発生日	事 由
	個 人 番 号				
			. .	. . .	
			. .	. . .	
			. .	. . .	

6 その他の変更 (変更年月日 年 月 日)

内 容	
--------	--

7 消滅の場合 (消滅年月日 年 月 日)

消 滅 理 由	1 他市区町村に転出(42) (転出先住所 電話)				
	2 生活保護等受給(45)				
	3 死亡(41)				
	4 ひとり親家庭等でなくなった(43/) (具体的理由)				
	5 その他(49) ()				
受 給 者 証 の 返 還		☐ 添付(1)	☐ 返還予定	☐ 紛失(3)	☐ その他(9) ()