

ひとり親家庭等医療費助成金受給者証交付申請事項変更届

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

函南町長 仁科 喜世志 様

住所 函南町 平井 717-13

受給者 氏名 函南 花子

電話 090-〇〇〇〇-△△△△

受給者証No.

次のとおり、ひとり親家庭等医療費助成金受給者証交付申請の内容に変更があったので届けます。

変更の内容	(1) 氏名	(2) 住所	(3) 受給資格者	(4) 加入保険
	(5) 付加給付	(6) 金融機関	(7) 扶養義務者	
	変更前	社保 / 国保		
	変更後	(記号)	(番号)	(被保険者)
		〇〇健康保険組合	△△△△ □□□□	函南 花子
変更年月日	(資格取得日)	〇〇年	〇〇月	〇〇日

- (注) 1 変更の内容欄は、該当する事項を○で囲むこと。
2 加入医療保険に変更があった場合は、被保険者証又は組合員証を添付すること。
3 受給資格者に増減があったときは、戸籍抄本等を添付すること。この場合変更前変更後欄は記入不要。
4 付加給付に変更があったときは、付加給付に関する証明書を添付すること。この場合変更前変更後欄記入不要。
5 受給者証を添付すること。