

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

(宛先)

令和××年××月××日

高槻市長

記入例

届出人 住所 高槻市桃園町2番1号

氏名 高槻 育子

受給者との続柄 (本人)

電話 ×××-1234

次のとおり変更があったので届け出ます。

受給者番号	受給者氏名	受給者住所
3456712	高槻 育子	届出人に同じ
3456720	高槻 太郎	同上
変更後の健康保険の内容を記入して下さい。変更前の保険内容は、わからなければ空白でも結構です。		
変更事項	変 更 後	変 更 前
氏 名	届出人に同じ	
住 所		
加入医療保険	保険の種別	協会・健保・共済・国保・国組 国保
	記号・番号	(記号)25010103 (番号)123 高国 123-456-7
	被保険者氏名	高槻 育子
	被保険者住所	届出人に同じ
	発行期間の名称	全国健康保険協会大阪支部
	発行期間の所在地	大阪市平野区 変更後の保険証の資格取得日・認定日・給付開始日のいずれかを記入して下さい。
保険者番号	01270016	
そ の 他		
変更年月日	令和 ××年 ××月 ××日	