

## 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	
	保険者名称	全国健康保険協会大阪支部	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		