

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

届出者 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 ×××-××××-××××

次のとおり変更があったので、医療証を添えて届け出ます。

受給者番号							フリガナ 受給者氏名	受給者住所
3	4	5	6	7	1	2	高槻 育子	届出人に同じ
3	4	5	6	7	2	0	高槻 太郎	同上
変更事項							変 更 後	変 更 前
氏 名							届出人に同じ	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、分からなければ空白でも結構です。
住 所							同上	
加入 医療 保険	保険の種別						国保・国保組合・健保組合・協会健保 共済組合・その他 ()	国保・国保組合・健保組合・協会健保 共済組合・その他 ()
	記号・番号						(記号) 2501010 (番号) 1 23	(記号) 高国 (番号) 1234567
	被保険者氏名						高槻 育子	高槻 育子
	被保険者住所						届出人に同じ	届出人に同じ
	保険者名称						全国健康保険協会大阪支部	高槻市国保
保険者番号						1270016	270082	
そ の 他								
変更年月日							令和×年 ×月 ×日	

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ください。