様式第4号（第8条関係）

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	タカツキ　イクコ 高槻　育子	届出人に同じ
3	4	5	6	7	2	0	タカツキ　タロウ 高槻　太郎	同上

変更事項		変　更　後	変　更　前
氏　名		届出人に同じ	
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）１２３	（記号）高国　（番号）１２３４５６
	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。

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。