記入例　※□ の中を記入してください

様式第9号（第19条関係）

㊙ ひとり親家庭等医療費受給者変更（消滅）届

受給者証記号番号		6012345 ， 6012363
変更の場合	新（ 氏名	
	新（	
	勤務内容	
	加入医療保険 保険の種類	社保
	加入医療保険 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	坂戸　花子　／　申請者との続柄：本人
	加入医療保険 記号番号	123　4567
	加入医療保険 保険者	さかどグループ健康保険組合
	加入医療保険 保険者所在地	
	加入医療保険 保険給付の有無	
	その他の事項	
	変更年月日	令和 2 年 4 月 8 日
消滅の場合	消滅理由	1 他市（町村）に転出 転出先住所（　　） 連絡先（　　） 2 生活保護受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった 具体理由（　　） 5 その他（　　）
	消滅年月日	令和　年　月　日

ひとり親家庭等医療費受給者証の番号を記入してください。

健康保険証にある内容を記入してください

健康保険
被保険者証　記号　123　番号　4567
氏名　坂戸　花子
生年月日　平成21年1月2日
資格取得年月日　平成27年4月8日
被保険者名　坂戸　花子
保険者番号　0613254
保険者名称　さかどグループ健康保険組合
保険者住所　埼玉県坂戸市千代田1-1-1
さかどグループビル5階

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の　申請事項が変更／受給資格が消滅　したので届出します。

令和　年 4 月 15 日

本日の日付

保護者の住所、氏名

住所　坂戸市千代田１－１－１ 坂千アパート２０３

坂戸市長　あて

氏名　坂戸　花子　印

※記名押印に代えて、署名することができます。