

ひとり親家庭医療費受給者変更届

年 月 日

久万高原町長 様

届出人 住 所
氏 名

次のとおり変更しましたのでお届けします。

変 更 項 目		受給者番号	変更前	変更後
母又は父 (扶養者)	住 所			
	氏 名 個人番号			
児 童 (扶養義務者)	氏 名 個人番号			
加入医療保険	記 号 番 号			
	保 険 種 別			
	摘 要			
そ の 他 の 事 項 (児 童 (被 扶 養 者) の 数)			人	人 (理由)
変 更 年 月 日				

- (注) 1 この届出には、ひとり親家庭医療費受給者証を添付すること。
2 児童(被扶養者)の数欄の(理由)には、死亡、20歳到達、就学、終了等を簡単に記入すること。