

入力チェック	内容チェック

別記様式第18号(第11条関係)

区分	妊産婦	子ども	重度一般	重度高齢者	ひとり親	決裁	課長	係長	係
----	-----	-----	------	-------	------	----	----	----	---

医療費受給資格変更届

受給者番号	変更・喪失事由	変更・喪失事由発生日
	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 保険者 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 喪失() <input type="checkbox"/> その他	年 月 日

区分		新				旧			
助成対象者氏名 (受給資格者)									
住所									
子ども氏名									
保険証	被保険者氏名								
	保険証記号番号	記号	番号			記号	番号		
		番号							
	保険者	番号	名称			佐野市国民健康保険 共済組合 健康保険組合 全国健康保険協会 支部 栃木県後期高齢者医療広域連合			
振込先変更		金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫		店名等	本店・支店・出張所			
		口座種別	普通・当座		フリガナ				
		口座番号			口座名義人				
その他	氏名変更	新				旧			
	ひとり親家庭医療費 助成対象者一部増減	増	氏名	事由		年 月 日			
		減					取得 年 月 日		
	重度心身障がい者 医療費助成対象者と 同一保険の加入者	新		旧		喪失事由発生日 年 月 日			
				変更事由					
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 佐野市長様 受給資格者 住所 佐野市 (申請者) 氏名 電話 ー									

備考 太枠欄は、記入しないでください。