

| | |
|--------|--------|
| 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 | | | | | 喪失事由発生日 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 | | 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。