記入例

別記	己様式第	18号(第11	. 条関係	系)		/									
区分	妊産婦		重度一般			重度高	郵送申請の場合には、変更とな のわかるものの写し(保険証か コピー)を必ず同封してくださ						食証や	通帳等		
				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						
	3 4 5 1 5 0 1 2		□ 氏名 □ 住所 ☑ 保険者 ☑ ロ原□ 喪失() □ その													
												旧	3			
	助成対象 (受給資	格者)	国保の場合は、資格取得(該当)年月日 t保の場合は、認定年月日 を記入してください。						佐野太郎							
	こども	氏名								花	· 7	•	次	郎		
保険証	被保険者氏名		佐野太				郎			佐野太郎						
	保険証記号番号		記号			番号			記号				番号			
			123456			789			100 12345					5 <i>6</i>		
	保険者	番号	0	1 0	9		0 1	8		() (0 0		3	
		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 <i>栃木</i> 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 足利 ・ 信用金庫 店名等 農協・労働金庫 佐野 本店・ を店・出									 出張所				
			口座種別			普通 '				リガナ サ ノ <i>タロ</i>ウ				ロウ		
				全番号	<u> </u>	98	765			義人	佐	野	太	郎		
その他	氏名変更		新	 	т.	<i>b</i>	古		<u>旧</u> 由			-				
	ひとり親家庭医療費 助成対象者一部増減			F	モ	名	事 事			年 月 日						
			増	増						取得 年 月					日	
			減							喪失事由発生日 年 月 日						
	重度心身障がい者		新				旧			変更事由						
	医療費助成対象者と 同一保険の加入者															
	上記のとお	5り届け出ま OO 年 C i 長 様		О В		受給資	格者 住	三所	佐野	· 予市 <i>i</i>	高砂區	T T 1				

(申請者)

氏名

電話

佐

太

20 - 3023

鄎