

記入例

別記様式第18号（第11条関係）

区分	妊産婦	こども	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
3451234 5012345	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 保険者 <input type="checkbox"/> 口座 <input checked="" type="checkbox"/> 喪失(転出) <input type="checkbox"/> その他	〇〇年 〇月 〇日

区分		新	旧
助成対象者氏名 (受給資格者)		転出先の住所	佐野太郎
住所		〇〇県〇〇市〇〇町〇番地	
こども氏名			花子・次郎
保険証	被保険者氏名	こどもが2人いる場合などは、1枚の変更届出に複数名記入してください。	
	保険証記号番号	記号	番号
	番号		
	保険者 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	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
		口座番号	フリガナ 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 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。

〇〇年 〇月 〇日

佐野市長様

受給資格者 住所
(申請者) 氏名
電話

佐野市 高砂町1
佐野太郎
090-1234-5678