

ひとり親家庭等医療費受給者変更届

令和 年 月 日

(宛先) 三条市教育委員会

届出者 住所
氏 名

次のとおり変更したので受給者証を添えて届け出ます。

受給者番号			
受給者氏名			
個人番号			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
住 所			
届 出 事 項	変更年月日	年 月 日	
1 氏名の変更 2 住所の変更 3 医療保険の種類又は記載事項の変更 4 減額認定証の記載事項の変更等（減額認定証の交付・返納を含む。） 5 受給者のうち一部の者に係る資格喪失 6 新たに監護又は養育する児童が生じた 7 扶養義務者等の変更	変更理由		
変 更 事 項			
旧		新	
変 更 が 生 じ た 扶 養 義 務 者			
氏 名			
個 人 番 号			
同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居

(注) 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。
2 変更理由は詳しく記載してください。
3 医療保険の種類又は記載事項の変更の場合は、加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。