

ひとり親家庭医療費に関する資格内容変更・喪失届

有田川町長 様

氏 名

下記のとおり 住 所 を変更しましたので届けます。

加入保険

ひとり親家庭医療の資格を喪失()したので届けます。

年 月 日

住 所 有田川町大字

氏 名

届出人

個人番号
番号のわかる方は
記入願います。

電話番号

受給資格者				加入保険				
	受給者番号	氏名	住所	被保険者氏名 (組合員氏名)	保険証記号番号	保険者名	所在地	附加給付の有無
旧								有 ・ 無
新								
旧								有 ・ 無
新								
旧								有 ・ 無
新								
旧								有 ・ 無
新								
備 考								

(別世帯の方のみ記入必須)

受給資格者との関係(続柄)

住所

電話番号

受領日 令和 年 月 日

受領者氏名

生年月日 S・H 年 月 日