

様式第5号（第7条関係）

ひとり親等家庭医療費受給資格変更届

年 月 日

国見町長 様

届出人 住所
氏名 印

次のとおり変更が生じたので、届出します。

受給者番号	第	号	変更事由	
区分	新		旧	
受給者	氏名		氏名	
	住所		住所	
加入 保 険	記号		記号	
	番号		番号	
	保険者名		保険者名	
	被保険者		被保険者	
	附加給付 内容		附加給付 内容	
	支払希望 金融機関		支払希望 金融機関	
	口座番号		口座番号	
変更年月日	年 月 日			
資した 格を 喪失 児童	氏名		続柄	
	喪失年月日			
	喪失事由			
注意) 変更の事実を証明できるものを提示してください。				