

母子・父子家庭医療費受給資格内容等変更届出書

令和 年 月 日

富 谷 市 長 あて

住所 **富谷市** _____

申請者 氏名 _____ ⑩

電話 _____

次のとおり変更が生じたので、富谷市母子・父子家庭医療費の助成に関する条例第6条第2項の規定により届出します。

受給者証番号	富 母 子 第 _____ 号	変 更 事 由	住所・保険・口座・その他 (_____)
	変 更 後		変 更 前
氏 名			
住 所	富谷市		富谷市
加 入 医 療 保 険	保 険 者 名 称		
	記 号 ・ 番 号	記号	番号
	被保険者 世帯主	氏 名	
	附 加 給 付 内 容		
そ の 他	振 込 金 融 機 関 名 等	銀行・農協 _____ 支店	銀行・農協 _____ 支店
		口座番号(普通・当座) _____ 名義人(か) _____	口座番号(普通・当座) _____ 名義人(か) _____
変 更 年 月 日	令和 年 月 日		
児 童 の 資 格 取 得 ・ 喪 失 等	氏 名	続 柄	生 年 月 日
	取 得 ・ 喪 失 年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日	
	取 得 ・ 喪 失 事 由		

(注意) 変更の事実を証明できるものを提示して下さい。

(注2) ※欄は記入する必要はありません。

※受付	本・東・丘・あ・日・成	受付年月日	・ ・	台帳処理	・ ・	交付年月日	・ ・
-----	-------------	-------	-----	------	-----	-------	-----

＜ 附 加 給 付 に 関 す る 証 明 ＞

当事業所（保険者）の保険給付において、**一部負担還元金・家族療養附加金**についての規定は次のとおりです。

給付 規定	(給付規定の内容又は規定の写し)
有 ・ 無	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所名
又は
保険者名称

印