

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 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

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項の規定により届け出ます。

受給者証番号	富 母 子 第	号	変 更 事 由	住所・保険・口座・その他 ( )						
		<b>変 更 後</b>			<b>変 更 前</b>					
氏 名										
住 所										
加 入 医 療 保 険	保 険 者 名 称									
	記 号 ・ 番 号		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	..... 銀行・農協 ..... 支店			..... 銀行・農協 ..... 支店					
		口座番号(普通・当座).....			口座番号(普通・当座).....					
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	平成・令和	年	月	日	
	取得・喪失	年月日	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