

八千代市ひとり親家庭等医療費等受給資格変更・喪失届

年 月 日

(宛先) 八千代市長

届出人 住所氏名  
電話

次のとおり届出します。

		受給者番号		
氏名変更		(新) ----- (旧)		
住所変更		(新) ----- (旧)		
保険変更	保険の種類	全・組・船・共・国		
	記号・番号	-----		
	保険者名	-----		
振込先変更	金融機関		支店名	
	預金種別	普・当	口座番号	
	フリガナ 口座名義人	-----		
その他				
変更年月日		年 月 日		
受給資格喪失		婚姻・転出・死亡 ----- その他 ( )		
喪失年月日		年 月 日		

注 保険変更の方は、保険証の写し(本人・対象児童)を添付してください。(国民健康保険に変更の方は不要です。)