

西目屋村ひとり親家庭等医療費受給資格変更 (消滅) 届

年 月 日

西目屋村長 殿

届出人 氏名 _____

住所 西目屋村大字 _____ 電話番号 _____

下記のとおり、資格を変更・消滅しましたので、西目屋村ひとり親家庭等医療費受給資格証を添えて届出します。太枠内をご記入ください。

対象者氏名	生年月日	個人番号	受給者証番号
養育者:			
子:			

1 変更届

	新	旧 (記入不要)
対象者		
加入医療保険	保険者名 (国保・協会・組合・共済・) 記号 番号 枝番 被保険者氏名 資格取得年月日 年 月 日	
振込先口座	金融機関名 (銀行・信金・信組・労金・農協・) 支店名 (本店・支店・その他) 種別 普通 口座番号 名義人氏名 (カナ) () 変更日 年 月 日	
その他	変更日 年 月 日	

2 消滅届

消滅事項発生日	年 月 日
理由	ア 転出 イ 婚姻 ウ 生保受給 エ 死亡 オ その他 ()