

第7号様式（第21条関係）

① ひとり親家庭等医療費助成制度
申請事項変更（消滅）届

医療証 番号	負担者番号							
	受給者番号							
変更 の 場 合	新氏名 (旧氏名)	() ()						()のため変更)
	新住所 (旧住所)	〒 (電) ()						
	新 勤務 内容	職業						
		勤務先						
		勤務先住所						
	新 加入 医療 保険	保険の種類						
		被保険者氏名				申請者との続柄		
		被保険者証記号番号	(枝番)		保険者名	番号	名称	
		保険者所在地	〒 (電)					
		付加給付の有無	年 月 日					
	その他の事項							
	変更年月日							
消滅 の 場 合	消滅理由	1 他区（市町村に転出） (転出先 (電))						
		2 生活保護受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった (具体的理由) 5 その他						
	消滅年月日	年 月 日						
<p>申請事項が変更 上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の しましたので届け出します。 受給資格が消滅</p> <p>年 月 日 檜原村長 殿</p> <p>住所 氏名</p>								

記入例

親ひとり親家庭等医療費助成制度
申請事項変更（消滅）届

医療証 番号	負担者番号	8	1	1	3	○	○	○	○	負担者番号・受給者番号は、医療証に記載されています。	
	受給者番号	○	○	○	○	○	○	○	○		
新 氏名	()										
	(旧氏名)	()									
新 住所	〒 (電)										
	(旧住所)	()									変更した項目を記載してください。
変 更 の 場 合	新	職	業								
	勤務 内容	勤	務先								
		勤	務先住所								
	新 加入 医療 保険	保険の種類									
		被保険者氏名			申請者との続柄						
		被保険者証記号番号		(枝番)		保険者名		番号			名称
		保険者所在地		〒 (電)							
		付加給付の有無		年 月 日							
	その他の事項										
	変更年月日		変更した日にちを記載してください。								
消 滅 の 場 合	消滅理由	1 他区（市町村に転出） （転出先 (電))									
		2 生活保護受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった （具体的理由） 5 その他									1～5のいずれかに○で囲ってください。 転出の場合は、住所・電話番号を記載してください。
消滅年月日		消滅理由が発生した日などを記載してください。									
<p>申請事項が変更 上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の しましたので届け出します。 受給資格が消滅</p> <p>令和○年○○月○○日 檜原村長 殿</p> <p>住所 東京都西多摩郡檜原村 氏名 檜原 花子</p>											

