

様式第5号(第8条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格(変更)届
喪失

年 月 日

いの町長様

届出人 住所
氏名

次のとおり(受給資格内容等が変更となり)ましたので、受給者証を添えて届けます。
受給資格が喪失し

区 分		変 更・喪 失 前		変 更・喪 失 後	
世帯主等	扶養(母・父)住所氏名				
児 童 等 の 数		人		人	
加 入 保 険	被保険者等住所				
	被保険者等氏名				
	記 号 番 号				
	保 険 者 名				
	所 在 地				
備考 資格(変更)喪失)の理由(死亡・転出・生活保護適用・その他)及び氏名					
受給者証記号番号 ひ				受付	
(変更)年月日 喪失					
年 月 日					
課 長	課長補佐	係 長	係	台 帳	

用紙の大きさはA4版とし、色は白色とする。