

記入例

ひとり親家庭等医療費助成事業  
申請事項変更(消滅)届

(提出先)  
平塚市長

令和 年 月 日

届出(申請)者住所	
平塚市	浅間町9番1号
氏名	平塚 花子
連絡先	090-1111-1111
変更事項	<div><div><input type="checkbox"/>氏名(申請者・児童)</div><div><input type="checkbox"/>住所(申請者・児童)</div><div><input type="checkbox"/>医療証交付対象(増員・減員)</div><div><input type="checkbox"/>関係者(増・減)</div><div><input type="checkbox"/>在学延長(在学証明書添付)</div><div><input type="checkbox"/>その他( )</div></div> <div><div><input checked="" type="checkbox"/>健康保険 (<input type="checkbox"/>国保→社保) (<input type="checkbox"/>社保→国保) (<input checked="" type="checkbox"/>社保→社保)</div><div>該当する項目に<input checked="" type="checkbox"/></div></div>
変更の場合	変更された(新)名称等
	ご本人様を含め対象者全員の保険情報(保険者番号、記号、番号、枝番、認定年月日)を記載、もしくは資格証明書などのコピーを同封してください。
	※健康保険変更の場合
	<input type="checkbox"/> 別紙参照
	保険者番号
被保険者等氏名	
記号・番号	
変更年月日・資格取得日	令和 年 月 日
消滅の場合	消滅理由
	<input type="checkbox"/> 他市(町村)に転出 〔転出先 〕
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給
	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭でなくなった〔具体的理由 〕
	<input type="checkbox"/> その他〔 〕
消滅年月日	令和 年 月 日
備考	CD
	受付

(提出先)  
平塚市長

	届出(申請)者住所					
	<div>平塚市</div>					
	<div>氏名</div>			<div>連絡先</div>		
変更 の 場 合	変更事項					
	<input type="checkbox"/> 氏名(申請者・児童)			<input type="checkbox"/> 住所(申請者・児童)		
	<input type="checkbox"/> 医療証交付対象(増員・減員)			<input type="checkbox"/> 健康保険 ( <input type="checkbox"/> 国保→社保) ( <input type="checkbox"/> 社保→国保) ( <input type="checkbox"/> 社保→社保)		
	<input type="checkbox"/> 関係者(増・減)					
	<input type="checkbox"/> 在学延長(在学証明書添付)					
	<input type="checkbox"/> その他( )					
	変更された(新)名称等					
消滅 の 場 合	※健康保険変更の場合 <input type="checkbox"/> 別紙参照					
	保険者番号					
	被保険者等氏名					
	記号・番号					
	変更年月日・資格取得日                      令和                      年                      月                      日					
消滅 の 場 合	消滅理由					
	<input type="checkbox"/> 他市(町村)に転出 〔転出先〕					
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給					
	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭でなくなった〔具体的理由〕					
	<input type="checkbox"/> その他〔 〕					
備考	消滅年月日			令和                      年                      月                      日		
				CD		
				受付		