

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**

変更の場合	変更事項	<p><input type="checkbox"/> 氏名(申請者・児童) <input type="checkbox"/> 住所(申請者・児童)</p> <p><input type="checkbox"/> 医療証交付対象(増員 ・ 減員) <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険 (<input type="checkbox"/> 国保→社保) <input type="checkbox"/> (社保→国保) } 該当する項目に<input checked="" type="checkbox"/> (<input checked="" type="checkbox"/> 社保→社保)</p> <p><input type="checkbox"/> 関係者(増 ・ 減)</p> <p><input type="checkbox"/> 在学延長(在学証明書添付)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>変更された(新)名称等</p>				
	<p>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。</p>					
	※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				
	消滅理由	<p><input type="checkbox"/> 他市(町村)に転出 〔転出先〕</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護受給</p> <p><input type="checkbox"/> ひとり親家庭でなくなった〔具体的な理由〕</p> <p><input type="checkbox"/> その他〔 〕</p>				
	備考	消滅年月日	令和 年 月 日	CD		
				受付		

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		
氏名 連絡先		
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	
	※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[具体的な理由]	
<input type="checkbox"/> その他[]		
消滅年月日	令和 年 月 日	
備考	CD 受付	