

記入例

奈良市ひとり親家庭等医療費助成変更届

(宛先) 奈良市長

記入日 令和 2 年 4 月 10 日

1～5については  
該当箇所のみ記入  
▼

住所 奈良市 二条大路南一丁目1番1号  
申請者 氏名 ひ医 花子 押印  
電話 090-XXXX-XXXX

次のとおり届け出ます。

受給者氏名	ひ医 花子		昭和 平成	60 年 1 月 24 日	
	ひ医 一郎			平成 28 年 6 月 26 日	
	ひ医 さくら			令和 2 年 3 月 19 日	
				年 月 日	
1 氏名変更	新	ひ医 花子、ひ医 一郎、ひ医 さくら			
	旧	福祉 花子、福祉 一郎、福祉 さくら			
		受給者番号 1234501 1234519 1234527			
2 住所変更	新	奈良市 二条大路南一丁目1番1号			
	旧	奈良市 右京一丁目1番地の4			
3 加入医療 保険変更	新	被保険者 氏名	ひ医 花子	受給者 との続柄	本人
	新	保 險 者 番 号	9 9 9 9 9 9 9 9	保 險 の 名 称	〇〇〇〇健康保険組合
	新	資 格 認 定 日	令和 2 年 4 月 1 日		
	旧	保 險 の 名 称	〇〇〇〇共済組合〇〇支部		
	旧	金融機関名	支店名	種別	口座名義
4 口座変更	新	育成	医療	普通	ヒイ ハナコ
	旧	たまご	いくら	普通	ヒイ ハナコ
5 資格喪失	理由	死亡 転出 生活保護 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">婚姻</span> (事実上の婚姻含む) 障害者医療へ			
変更・喪失 年 月 日	令和 2 年 4 月 1 日				

必ず変更のあった受給者全員分の健康保険証のコピーを添付してください。

受給資格証に記載されている受給者番号を記入。

変更前の健康保険の名称が不明な場合は空欄でも可。

該当する箇所に○をつけてください。

受 付	氏名変更・住所変更⇒異動日 加入医療保険変更⇒変更後の資格認定日 口座変更⇒記入日 資格喪失⇒資格喪失の理由が発生した日
-----	---

※資格証の回収
回収 ・ 未回収

処理日 令和 年 月 日