|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ひとり親家庭等医療費等受給資格変更（喪失）届  年　　月　　日  　(宛先)山武市長  届出人住所  氏名  　次のとおり届出します。 | | | | | | | | |
| 受 給 者 番 号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名 変 更 | | (新) | | | | | | |
| (旧) | | | | | | |
| 住 所 変 更 | | (新) | | | | | | |
| (旧) | | | | | | |
| 加入社会保険の変更 | 保険の種類 | (新)　　　　政・組・船・共・国 | | | | | | |
| (旧)　　　　政・組・船・共・国 | | | | | | |
| 記号・番号 | (新) | | | | | | |
| (旧) | | | | | | |
| 保険者名 | (新) | | | | | | |
| (旧) | | | | | | |
| その他 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 受給資格喪失 | | １．転出（転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２．婚姻（事実婚を含む）  ３．生活保護受給  ４．死亡  ５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 喪失年月日 | |  | | | | | | |