様式第５号（第１４条関係）

ひとり親家庭医療受給資格変更（喪失）届

年　　　月　　　日

岬　町　長　あて

届出人　住　所

氏　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資  格  の  変  更 | 1  受給者 |  | | | | | 母又は女子の養育者 | | 児　　　　童 | | | | | | 児　　　　童 | | | 児　　　　童 | |
| 変更後 | | 受　給　者　番　号 | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |
| 氏　　　　　　　名 | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |
| 住　　　　　　　所 | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |
| 変更前 | | 受　給　者　番　号 | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |
| 氏　　　　　　　名 | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |
| 住　　　　　　　所 | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |
| 2  　加  　入  　医  　療  　保  　険 | | |  | | | 変　更　後 | | | | | | | | 変　更　前 | | | | |
| 保険種別 | | | 協・組・日・船・共・国 | | | | | | | | 協・組・日・船・共・国 | | | | |
| 発行機関の名称 | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| 発行機関の所在地 | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| 附加給付の有無 | | | 有・無（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | 有・無（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 記号番号 | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| 世帯主被保険者等氏名 | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| 同上の住所 | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| 資格喪失 | 3資格喪失の理由 | | | | | | ア　死亡（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  イ　転出（転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ウ　ひとり親家庭でなくなった  エ　生活保護を受けるようになった  オ　社会保険各法の被保険者等になった  カ　他の医療費公費負担制度へ移行  キ　その他（年齢到達　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 変更（喪失）年月日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | 決  裁 | 課　　長 | | | 代　　理 | 係　　長 | | 担　当　者 |
|  | | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処理欄 | | | 台帳 | |  | 番号簿 | |  | | 統計 |  | | | 医療証 | |  | 保険情報 | |  |

下記のとおり受給資格に変更（喪失）がありましたのでお届けします。