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。