

福 祉 社
子育て支援 医療費受給者異動届

八 幡 市 長 様

届 出 者	氏名	電話	—	—	届出日	R	年	月	日
	住所				異動日	R	年	月	日

◇ 受給者

氏 名	生 年 月 日	受給制度	受 給 者 番 号
	S・H・R 年 月 日	子育て ひとり親	
	S・H・R 年 月 日	子育て ひとり親	
	S・H・R 年 月 日	子育て ひとり親	
	S・H・R 年 月 日	子育て ひとり親	
	S・H・R 年 月 日	子育て ひとり親	

◇ 異動事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

氏 名											
住 所											
加 入 保 険	被保険者氏名					保険証記号			番号		
	保険者番号										
	保険者名称					資格取得日 (認定年月日)	年 月 日				

◇ その他の異動事由による資格喪失

<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度への加入 (障がい認定)
<input type="checkbox"/> 生活保護受給開始
<input type="checkbox"/> 婚姻
<input type="checkbox"/> 健康保険の資格喪失
<input type="checkbox"/> 受給者の死亡
*特記事項
<input type="checkbox"/> 受給者証回収 年 月 日 <input type="checkbox"/> 返信用封筒手交 年 月 日