

福祉 医療費受給者異動届
子育て支援

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						
	保険者番号							保険証 番号 （-枝番）						
	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

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