様式第５号（第９条関係）

母子・父子家庭医療費受給資格変更届出書

令和　　　年　　　月　　日

山元町長

　住　所

　届出者　氏　名

（続柄：　　　　　）

電　話

母子・父子家庭医療費受給資格登録内容に変更が生じたので、山元町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例第７条第２項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 昭和・平成  　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 変更事項 | □ 健康保険証　（添付書類：新しい健康保険証の写し（全員分））  □ 受給口座　（添付書類：新しい振込先の通帳またはキャッシュカードの写し）  □ 住所  □ 氏　　　名  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 旧 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〈保険変更の場合〉  国保と全国健康保険協会の場合は不要。  ※勤務先記入欄  付加給付に  関する証明 | 上記受給者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。  （給付規定等の内容）  上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　年　　　月　　　　日  　　　　　　　事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 処 理 欄 | 起案日　　　年　　月　　日 | | |  | | 受付印 |
| 証交付　　　有　・　無 | | | 交付日　　　　年　　月　　日 | |
| 課長 | 参事 | 班長 | 班員 | 担当 |
|  |  |  |  |  |