

ひとり親家庭等医療費受給者変更(消滅)届					
受給者	受給者番号				
	氏名		個人番号		
	住所				
対象の子ども	氏名		個人番号		
	住所		生年月日		年 月 日
内容		区分	新	旧	
		子どもの氏名			
		住所			
加入保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名				
	記号・番号				
	保険者名 (保険組合等の名称)				
	保険者番号				
振込先	金融機関名				
	支店名				
	口座番号				
	口座名義 (フリガナ)				
変更年 月 日		年 月 日			
消滅事由		転出 ・ その他 ( )			
消滅事由発生日		年 月 日			
<p style="text-align: center;">変更 上記のとおり が生じたので受給者証を添えて届け出ます。 消滅</p> <p>振込先を除き、他の福祉医療についても同内容の変更がされること、必要事項の確認（市が保有する税関係台帳等の閲覧、保険者等関係機関への照会、マイナンバー制度による情報連携等）をすることに同意します。</p> <p>届出年月日 年 月 日</p> <p>(宛先) 鴻巣市長</p> <p style="text-align: right;">届出人 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>					