

様式第6号（第10条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格者内容等変更届										
受給者	氏名	那塩 花子			受給者番号	123456				
	住所	那須塩原市 あたご町2-3								
変更事項	変更事由	住所・加入保険・その他()								
		新				旧				
	住所	那須塩原市 あたご町2-3			住所	那須塩原市 共壘社108-2				
	助成対象者	氏名		事由		助成対象者	氏名		事由	
		氏名		事由			氏名		事由	
		氏名		事由			氏名		事由	
		氏名		事由			氏名		事由	
		氏名		事由			氏名		事由	
	加入保険	被保険者氏名				被保険者氏名				
		記号番号				記入不要				
保険者名称					保険者名称					
	その他				その他					
<p>上記のとおり変更が生じたので受給資格者証を添えて届け出ます。</p> <p>令和 3年 4月 2日</p> <p style="text-align: right;">住所 那須塩原市 あたご町2-3</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏名 那塩 花子</p> <p>那須塩原市長 様</p>										

<<保険証の変更がある場合>>
 ●郵送申請：新しい保険証のコピーを同封してください。
 ●窓口申請：新しい保険証を御持参ください

受付	令和	年	月	日
交付	令和	年	月	日