（第１９条関係）

㊊　ひとり親家庭等医療費受給者変更（消滅）届

<table>
<tr><td colspan="3">受給者証記号番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="10">変更の場合</td><td colspan="2">新氏名
（旧氏名）</td><td colspan="4">（　　のため変更）
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">新住所
（旧住所）</td><td colspan="4">〒　　電話
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">（新）勤務内容</td><td>職業</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>勤務先</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>勤務先所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">（新）加入医療保険</td><td>保険の種類</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名</td><td></td><td>申請者との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>記号番号</td><td></td><td>保険者</td><td>符号</td><td>名称</td></tr>
<tr><td>保険者所在地</td><td colspan="4">〒　　電話</td></tr>
<tr><td>附加給付の有無</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他の事項</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">消滅の場合</td><td rowspan="2">消滅理由</td><td colspan="5">１　他市（町村）に転出
転出先（　　電話　　）
２　生活保護等受給
３　死亡
４　ひとり親家庭等でなくなった
具体的理由（　　）
５　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>消滅年月日</td><td colspan="5">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="7">上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の 申請事項が変更 / 受給資格が消滅 したので届け出ます。
年　月　日
久喜市長　あて
住　所
氏　名</td></tr>
</table>