

記入例

ひとり親家庭等医療費受給資格内容等変更届

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受給者番号 | 受給者氏名 | 長岡 花子 | | | | | | | | | | |
| 123456 | 生年月日 | 昭和 ○ 年 △ 月 × 日 | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 長岡市大手通1丁目4番地10 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 9 | 8 |

| | | |
|-------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| 資格内容等を変更する者の氏名及び個人番号 または 新たに扶養義務者となった者の氏名及び個人番号 | 氏 名 | 個人番号 |
| | 長岡 花子 | 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2 |
| | 長岡 一郎 | 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 |
| 受給者の資格内容を変更する場合は、受給者欄と変更者欄の両方に氏名と個人番号を記入してください。 | | |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 【届出事項】 | | | |
| <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> 新たに監護又は養育する児童が生じたこと | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 医療保険の種類又は記載事項の変更 <input type="checkbox"/> 受給者のうち一部の者に係る資格喪失 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他（ 扶養義務者の追加 / 児童の障害認定 / ） | | | |
| 変更事項 | 変 更 年 月 日 | 令和 ○ 年 △ 月 × 日 | |
| | 旧 (変更前) | 記号番号・保険者名を 記入してください。 | 新 (変更後) |
| | 12345 11 全国健康保険協会 新潟支部 | | 長岡 01234567890 長岡市 |

上記のとおり変更したので、受給者証を添えて届け出ます。

○この申請に関し、市民税の所得状況、戸籍、住民基本台帳等、必要な事項について調査をされることに同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

| | |
|-----|----------------|
| 住 所 | 長岡市大手通1丁目4番地10 |
| 届出者 | |
| 氏 名 | 長岡 花子 |
| | (受給者との続柄 本人) |

長岡市長 様

後期高齢者医療
国民健康保険 高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費部分に限る。）
支給申請書兼受領委任状

| | | | |
|-------------|-------|-------|---------|
| 被保険者記号番号 | | 受給者番号 | |
| 被 保 険 者 氏 名 | 長岡 花子 | 適用期間 | 年 診療分から |

上記の者について、高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費に係る部分に限る。）に該当し、その支給額が新潟県医療費助成事業（県単）の助成相当額であるときは、高額療養費並びに高額介護合算療養費（医療費に係る部分に限る。）の支給の申請及び受領を新潟県国民健康保険団体連合会会長又は長岡市長に委任し

健康保険が国民健康保険の場合のみ、保険の世帯主の氏名と生年月日を記入してください。

年 月 日

世帯主 氏 名 長岡 花子
(申請人)

生年月日 大 昭・平 ○ 年 △ 月 × 日

受給者について記入してください。

変更する人全員について記入してください。

変更内容について記入してください。

受給者について
記入してください。