

# ひとり親家庭医療 資格事項(保険変更)届

〒

岸和田市長 様

届出日： 令和・西暦 年 月 日

届出者 住所： 岸和田市 町  
(父母又は養育者)  
氏名：  
電話： — —

次のとおり届け出ます。

ひとり親 家庭医療	ひとり親世帯番号					
	変更前			変更後		
	ふりがな 氏名	生年月日	続柄	変更のある項目のみ記入してください		
対象者 (父母又は 養育者と児童)		S・H・R・西暦 年 月 日	本人			
		S・H・R・西暦 年 月 日				
		S・H・R・西暦 年 月 日				
		S・H・R・西暦 年 月 日				
		S・H・R・西暦 年 月 日				
		S・H・R・西暦 年 月 日				
		S・H・R・西暦 年 月 日				
		S・H・R・西暦 年 月 日				
		S・H・R・西暦 年 月 日				
医療保険 加入状況	被保険者 組合員 世帯主	(氏名) (記号)	(氏名) (番号)			
	保険区分	本人・家族・一般・退職	本人・家族・一般・退職			
	資格取得日 認定年月日 適用開始年月日	H・R・西暦 年 月 日	H・R・西暦 年 月 日			
	保険者	(名称) (番号)	(名称) (番号)			
	届出事由	<input type="checkbox"/> 保険変更 (本人 資格取得日 R・西暦 年 月 日) (児童 資格取得日 R・西暦 年 月 日)		システム入力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(確認事項)  届出者本人確認書類【免・マイ・パス・手帳・在留・( )】  
 受給者の健康保険証(保険変更の場合のみ)

受付	確認
	〒 /