

# 記入例

受付印

## ひとり親家庭医療 資格事項(保険変更)届

〒

**保険変更以外の変更は郵送受付できません。**

子育て支援課でお手続きが必要です。

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<br>家庭医療            | ひとり親世帯番号            |                       |    | 変更前               |  | 変更後 |  |
|-------------------------|---------------------|-----------------------|----|-------------------|--|-----|--|
|                         | ふりがな<br>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<br>(父母又は<br>養育者と児童) | きしわだ はなこ<br>岸和田 花子  | ◎・H・R・西暦<br>60年 1月 1日 | 本人 |                   |  |     |  |
|                         | きしわだ いちろう<br>岸和田 一郎 | S・◎・R・西暦<br>25年 2月 1日 | 子  |                   |  |     |  |
|                         | きしわだ じろう<br>岸和田 二郎  | S・◎・R・西暦<br>26年 3月 1日 | 子  |                   |  |     |  |
|                         | きしわだ さぶろう<br>岸和田 三郎 | S・◎・R・西暦<br>27年 4月 1日 | 子  |                   |  |     |  |
|                         |                     | S・H・R・西暦<br>年 月 日     |    |                   |  |     |  |
|                         |                     | S・H・R・西暦<br>年 月 日     |    |                   |  |     |  |
|                         |                     | S・H・R・西暦<br>年 月 日     |    |                   |  |     |  |

に必要事項を記入の上、『対象者(ひとり親家庭医療対象の父・母・養育者のいずれかと児童) 全員の健康保険証の写し』と『届出者(ひとり親家庭医療対象の父・母・養育者のいずれか)の本人確認書類(写し)』を一緒にお送りください。

お持ちの医療証はそのままお使い頂けます(差替はおこないません)。

|      |                       |        |                          |
|------|-----------------------|--------|--------------------------|
| 届出事由 | (本人 資格取得日 R・西暦 年 月 日) | システム入力 | <input type="checkbox"/> |
|      | (児童 資格取得日 R・西暦 年 月 日) |        | <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  |
|    | 〒 / |