

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届

令和 6 年 4 月 1 日

江北町長 様

届出人 住所 江北町大字山口 1651 番地 1

氏名 江北 花子

本人自署による署名の場合、押印不要です。

受 給 者 氏 名 生 年 月 日

江北 花子

H2.2.2

受 給 者 番 号

9	9	9	9	9	9	9
---	---	---	---	---	---	---

下記のとおり変更がありましたので、お届けします。

I 変更事由（該当するものを○で囲む）

1. 対象者の住所 2. 対象者の氏名

3. 医療保険の記号・番号

4. その他（ ）

「3. 医療保険の記号・番号」の場合、『記号・番号』及び『保険者名称』を記入してください。

II 変更の内容

変更年月日	変 更 前	変 更 後
R6.4.1	杵江・9999999 江北町	9999999・999 全国健康保険協会 ○○支部