

様式第9号（第10条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格登録事項変更届

年 月 日

あわら市長 様

住 所  
(居 所) あわら市  
氏 名

次のとおり変更しましたのでお届けします。

|                                                                                               |         |             |         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|---------|-----------|
| 受給者                                                                                           | 氏 名     | 性別          | 生 年 月 日 | 医 療 証 番 号 |
|                                                                                               |         | 男<br>・<br>女 | 年 月 日   |           |
|                                                                                               | 個 人 番 号 |             |         |           |
| 変 更 事 項                                                                                       |         | 変<br>更<br>前 |         |           |
| 1 氏 名<br>2 住所（居所）<br>3 被 保 険 者<br>4 保 険 者 名<br>5 記 号 番 号<br>6 金 融 機 関<br>7 個 人 番 号<br>8 そ の 他 |         |             |         |           |
|                                                                                               |         | 変<br>更<br>後 |         |           |
| 変更年月日 年 月 日                                                                                   |         |             |         |           |

(注) 医療費受給者証及び被保険者証、加入者証又は組合員証を添えて提出してください。