

ひとり親家庭医療 資格事項(保険変更)届

〒

届出日： 令和・西暦 年 月 日

岸和田市長 様

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					
		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)	(氏名)				
		(記号) (番号)	(記号) (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)		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・()】
 受給者の健康保険資格が確認できるもの(保険変更の場合のみ)

受付	確認
	〒 /