

ひとり親家庭等医療費受給資格				変更届	
				令和 年 月 日	
(宛先) 小樽市長					
届出人 住 所 小樽市					
氏 名				自 宅	— —
				電 話 携 帯	— —
				連絡先()	— —
下記のとおり、資格を 令和 年 月 日 に 変更 ・ 喪失 しましたので届け出ます。					
受給者番号					
受給者氏名					
生 年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		新		旧	
資 格 変 更 事 由	受給者	氏名		氏名	
		住所		住所	
	証交付希望 (有 ・ 無)				
	加入医療保険	保険者名称		保険者名称	
		保険者番号		保険者番号	
記号番号		記号番号			
被保険者(世帯主、組合員)氏名		被保険者(世帯主、組合員)氏名			
資格取得年月日		平成 ・ 令和 年 月 日			
主計者	氏名		氏名		
	宛名番号		宛名番号		
	所得額 円		所得額 円		
その他	扶養人数 人 市民税 課税 ・ 非課税		扶養人数 人 市民税 課税 ・ 非課税		
	自宅 ・ 携帯 ・ 連絡先 (— —)		自宅 ・ 携帯 ・ 連絡先 (— —)		
連絡先名		連絡先名			
資 格 喪 失 事 由	転出 (道内 ・ 道外) 転出予定日 令和 年 月 日		処 理 欄		
	その他		区分変更 有 ・ 無		
	措置入所		証交付日 令和 年 月 日		
	生活保護開始		証回収日 令和 年 月 日		
所得超過		喪失日 令和 年 月 日			
事由発生日 令和 年 月 日					

太
枠
の
中
を
記
入
し
て
く
だ
さ
い。

変
更
し
た
部
分
の
み
で
結
構
で
す。

課 長	主 査	係	入 力	証回収	受 付