様式第9号(第15条関係)

母子及び父子家庭等医療費受給者変更(消滅)届

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者証記号番号 | 第　　　　　　号 |
| 変　更　の　場　合 | 新 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　のため変更) |
| 旧 氏 名 | 　 |
| 新 住 所 | 　 |
| 旧 住 所 | 　 |
| (新)勤 務 内 容 | 職　　業 | 勤　　務　　先　　名　　称 |
|  | 　 |
| 勤務先所在地 | 　 |
| (新)加入医療保険 | 保 険 の 種 類及　び　名　称 | １．国頭村国民健康保険　　２．全国健康保険協会(　　 )支部３．その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 被保険者氏名 | 　 | 続柄 | 　 |
| 保険証記号番号 | 記　号　　　　　　　　　　　　　番　号 |
| 保 険 者 番 号 |  | 付 加 給 付 | 　　有　・　無 |
| 保険者所在地 | １．国頭村字辺土名　　　　　番地２．那覇市旭町　　　　　　　番地３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　 |
| その他の事項 | 個人番号：裏面　記載　　　　　振込口座変更：写し添付 |
| 変更年月日 | 　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 消 滅 の 場 合 | 消滅事由 | 1　他市町村に転出(転出先)2　生活保護受給3　死亡4　母子及び父子家庭等でなくなった具体的理由：5　その他 |
| 消　滅　年　月　日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |

上記のとおり、母子及び父子家庭等医療費助成事業の申請事項が変更・受給資格が消滅したので届け出します。

国　頭　村　長　様

　　　　年　　　月　　　日

住　　所：

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 供　　覧 | 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |

電話番号：

（裏　面）

|  |  |
| --- | --- |
| 個人番号変更者氏名 |  |
| 個人番号（変更後） |  |
| 　変　更　事　由 | 1.受給者（保護者）変更　　　　　　2.その他(　　　　 ) |
| 本人確認時書類 | 運転免許証、保険証、通帳、年金手帳、パスポート、その他（　　　　　　　） | 受付確認担当印 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 個人番号変更者氏名 |  |
| 個人番号（変更後） |  |
| 　変　更　事　由 | 1.受給者（保護者）変更　　　　　　2.その他(　　　　 ) |
| 本人確認時書類 | 運転免許証、保険証、通帳、年金手帳、パスポート、その他（　　　　　　　） | 受付確認担当印 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 個人番号変更者氏名 |  |
| 個人番号（変更後） |  |
| 　変　更　事　由 | 1.受給者（保護者）変更　　　　　　2.その他(　　　　 ) |
| 本人確認時書類 | 運転免許証、保険証、通帳、年金手帳、パスポート、その他（　　　　　　　） | 受付確認担当印 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 個人番号変更者氏名 |  |
| 個人番号（変更後） |  |
| 　変　更　事　由 | 1.受給者（保護者）変更　　　　　　2.その他(　　　　 ) |
| 本人確認時書類 | 運転免許証、保険証、通帳、年金手帳、パスポート、その他（　　　　　　　） | 受付確認担当印 |
|  |