

第12号様式（第8条関係）

受 給 者 番 号				ひとり親家庭等医療費受給者台帳				
受 給 者	氏 名	男	生年月日	住 所				
		女	年 月 日					
				(. . 変更)				
扶 養 義 務 者	氏 名	男	生年月日	住 所				
		女	年 月 日					
				(. . 変更)				
医 療 保 険	被保険者名 (又は組合員名)		受 給 者との 続 柄		受 給 資 格 証	交付(更新・再交付) 年 月 日	有効期間	摘要
		(. . 変更)		(. . 変更)		年 月 日		
	住 所					. .	~ . .	
		(. . 変更)				. .	~ . .	
	保 険 種 別	国(市町村・退・組) 健(協会・組・日) 船 共	本人・家族			. .	~ . .	
			記号番号			. .	~ . .	
		国(市町村・退・組) 健(協会・組・日) 船 共	本人・家族			. .	~ . .	
			記号番号			. .	~ . .	
			(. . 変更)			. .	~ . .	
						. .	~ . .	
	保 険 者 番 号 及 び 名 称					. .	~ . .	
		(. . 変更)				. .	~ . .	
所 在 地				. .	~ . .			
	(. . 変更)			. .	~ . .			
(備考)								