

## 例 1：住所変更の場合

様式第7（第8条関係）

母子・父子家庭医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けて  
ください。 届出日 令和〇年×月△日

届出者	住 所	安城市桜町18番23号					
	氏 名	安城 太郎		電 話	0566-71-2232		
受給者	母 ・ 父	児 童					
	氏 名	安城 太郎	安城 花子				
	生年月日	平成〇年1月1日	令和◇年1月1日	年 月 日	年 月 日		
	受給者番号	813xxxxxx	813000000				
区 分		変 更 後		変 更 前			
住 所		安城市桜町18番23号		安城市御幸本町504-1			
氏 名							
医療保険の加入状況	記号・番号						
	保険者	名 称					
		コード	---	---	---	---	---
		所在地					
	被保険者	住 所	□ 届出者に同じ。				
		氏 名	□ 届出者に同じ。				
理 由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 転 居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	理由発生年月日 令和3年 4月 1日						

## 例1：保険変更の場合

様式第7（第8条関係）

母子・父子家庭医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けて  
ください。 届出日 令和〇年×月△日

届出者	住 所	安城市桜町18番23号													
	氏 名	安城 太郎			電 話	0566-71-2232									
受給者	氏 名	母・父	児 童												
		安城 太郎	安城 花子												
	生年月日	平成〇年1月1日	令和◇年1月1日	年 月 日		年 月 日									
	受給者番号	813xxxxxx	813000000												
区 分		変 更 後			変 更 前										
住 所															
氏 名															
医療保険の加入状況	記号・番号	例1)記号1234 番号5678(社会保険の場合) 例2)番号98765432(国民健康保険の場合)													
	保険者	名 称	例1)〇〇健康保険組合(社会保険の場合) 例2)安城市(国民健康保険の場合)												
		コード	1	2	3	4	5	6	7	8	.	.	.	.	.
	被保険者	所在地													
		住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者に同じ。												
	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者に同じ。													
理 由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 転 居 <input checked="" type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )														
	理由発生年月日 令和3年 4月 1日														