

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。

届出目

令和〇年×月△日

届出者	住所		安城市桜町 1 8 番 2 3 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		8 1 3 × × × × × ×		8 1 3 〇 〇 〇 〇 〇 〇							
区分		変 更 後					変 更 前					
住所		安城市桜町 1 8 番 2 3 号					安城市御幸本町 5 0 4 - 1					
氏名												
医療保険の加入状況	記号・番号											
	保険者	名称										
		コード										
	被保険者	所在地										
		住所	□ 届出者に同じ。									
理由	氏名の変更	□ 転居										
		□ 加入保険の変更		□ 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。

届出目

令和〇年×月△日

届出者	住所	安城市桜町 1 8 番 2 3 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	8 1 3 × × × × × ×		8 1 3 〇 〇 〇 〇 〇 〇												
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) ○○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	:	:	:	:	:	:
		所在地														
	被 保 険 者	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															