

(例) 保険変更の場合

木更津市ひとり親家庭等医療費等受給資格変更（消滅）届

		変更前		変更後		
変更の場 合	フリガナ 氏名変更			キサラツ タロウ 木更津 太郎		
	該当児童の 氏名変更			木更津 朝日		
				木更津 富士見		
	該当児童の 増・減	氏名			理由	
		生年月日				
	住所	〒		〒		
変更年月日	令和〇年〇月〇日		()のため転居)			
加入 医療 保険	被保険者名	木更津 太郎				
	記号	06	番号	0012345		
	保険者名	木更津市				
	附加給付の有無	<input type="checkbox"/> 有 給付の内容 () <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	加入年月日	令和〇年〇月〇日				
消滅 の理 由 合	<input type="checkbox"/> 市外に転出 (転出先 電話)					
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 (年 月 日から)					
	<input type="checkbox"/> 死亡 (年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> 婚姻<事実婚を含む> (年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
消滅年月日	年 月 日					
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費等助成制度に係る <input checked="" type="checkbox"/> 申請事項が変更 <input type="checkbox"/> 受給資格が消滅 しましたので届け出ます。 令和〇年〇月〇日 木更津市長 様 住所 木更津市朝日3-10-19 電話番号 0438-23-7243 氏名 木更津 太郎						