

様式第9号（第11条関係）

むつ市ひとり親家庭等医療費受給資格 変更届
消滅

令和 年 月 日

むつ市長 様

住 所 むつ市
申請者 氏 名
(電話)

下記のとおり資格証を添えて届出します。

記

受給資格番号

1 変更届

		新	旧	変更年月日
住 所				年 月 日
氏 名				年 月 日
医 療 費 振 込 金 融 機 関 名 口 座 番 号				年 月 日
医 療 保 険	種 別	協・組・船・共・国	協・組・船・共・国	年 月 日
	記 号 番 号			
	付 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
	保 険 者 名	☐ 全国健康保険協会 ☐ むつ市（国保） ☐ その他（ ）	☐ 全国健康保険協会 ☐ むつ市（国保） ☐ その他（ ）	

2 消滅届

消滅理由発生年月日		年 月 日
理 由	ア 転 出 イ 生保受給 ウ 死 亡	エ 婚 姻(事実婚等を含む。) オ そ の 他()

※ 受給資格証を添付してください。