

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 X年 X月 X日

むつ市長 様

住 所 むつ市中央一丁目8番1号
申請者
氏 名 陸奥 花子
(電話 0175-22-1111)

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 2 3 4 5 6 7

1 変更届

	新	旧	変更年月日
住 所			年 月 日
氏 名	協：全国健康保険協会 ●●支部 組：●●健康保険組合 船：全国健康保険協会 船員保険部 共：●●共済組合 国：むつ市国保		年 月 日
医療費振込 金融機関 口座番号			年 月 日
医療 保 険	種 別	協・組・船・共・国	協・組・船・共・国
	記 号 番 号	1234 5678	1234567
	付 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	保	☒ 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（ ）

健康保険組合や共済組合で付加給付がある場合があります。
勤務先へご確認ください

理 由	ア 転 出	エ 婚 姻(事実婚等を含む。)
	イ 生保受給	オ そ の 他()
	ウ 死 亡	

※ 受給資格証を添付してください。