

## 様式第10号(第21条関係)

(親)ひとり親家庭等医療費助成制度  
申請事項変更(消滅)届

医療証番号	負担者番号						
番号	受給者番号						
変更の場合は	新(旧)氏名	( )					のため変更
	新(旧)住所	〒( )					TEL
	(新)加入医療保険	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期				
	被保険者氏名				申請者との続柄		
	被保険者等記号番号	(枝番)			保険者名	番号	名称
	保険者所在地	〒	TEL				
	付加給付の有無						
	その他	(新)			(旧)		
	配偶者	氏名					
	扶養義務者	個人番号					
変更年月日		年 月 日					
消滅の場合	1 他区(市町村)に転出 (転出先)						TEL
	2 生活保護受給						
	3 死亡						
	4 ひとり親家庭等でなくなった (具体的理由)						
	5 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助成制度の 申請事項が変更 受給資格が消滅 しましたので届け出します。							
年 月 日							
あきる野市長 殿				住 所			
氏 名							

様式第10号(第21条関係)

④ ひとり親家庭等医療費助成制度  
申請事項変更(消滅)届

医療証 番号	負担者番号 受給者番号	①						
変更の場合	新(旧)氏名 (新)住所 (新)加入医療保険 その他事項 変更年月日	② (③) TEL (新) 配偶者 扶養義務者 変更年月日	(ため変更) 申請者との続柄 保険者名 番号 名称 年⑤日					
消滅の理由	1 他区(市町村)に転出 2 生活保護受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった 5 その他(具体的な理由)	TEL	)					
消滅年月日	年月日		上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の申請事項が変更受給資格が消滅しましたので届け出します。					
年月日 あきる野市長 殿		⑥	住所 氏名					

## 申請事項を変更した場合

①負担者番号、受給者番号を記入してください。

②氏名変更の場合に記入してください。  
(旧氏名も記入)

③住所変更の場合に記入してください。  
(旧住所も記入)

④加入保険の変更の場合に記入してください。  
(加入保険は変更後の内容のみ記入)

⑤変更年月日を記入してください。  
(例: 住所は異動日、加入保険は資格取得日)

⑥届出日、住所、申請者氏名を記入してください。

様式第10号(第21条関係)

ひとり親家庭等医療費助成制度  
申請事項変更(消滅)届

医療証 番号	負担者番号 受給者番号	①						
変更の場合	新(旧)氏名 (新)住所 (新)加入医療保険 その他事項 変更年月日	② (③) TEL (新) 配偶者 扶養義務者 変更年月日	(ため変更) 申請者との続柄 保険者名 番号 名称 年⑤日					
消滅の理由	1 他区(市町村)に転出 2 生活保護受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった 5 その他(具体的な理由)	TEL	)					
消滅年月日	年月日		上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の申請事項が変更受給資格が消滅しましたので届け出します。					
年月日 あきる野市長 殿		④	住所 氏名					

## 愛給資格が消滅した場合

①負担者番号、受給者番号を記入してください。

②消滅理由に○を付けてください。  
(転出の場合は転出先住所・連絡先、ひとり親家庭等でなくなった場合は理由を記入)

③消滅年月日を記入してください。  
(転出のときは、転出予定日を記入してください。)

④届出日、住所、申請者氏名を記入してください。