

変更・喪失

ひとり親家庭等医療費受給資格等 変更・喪失届

年 月 日

盛岡市長 様

次のとおり（変更・喪失）となりましたので届け出ます。届出に当たり、盛岡市個人番号の利用等に関する条例第3条に基づき、医療費の給付に係る受給資格の審査において、市長が受給資格に係る情報を取得することに同意します。

<届出者>

住所	氏名	連絡先

<届出に該当する受給者>

No.	受給者番号	氏名	生年月日
①	01- - - -		年 月 日
②	01- - - -		年 月 日
③	01- - - -		年 月 日
④	01- - - -		年 月 日
⑤	01- - - -		年 月 日

<受給者に関する変更>

<input type="checkbox"/> 氏名の変更	<input type="checkbox"/> 住所の変更	※ 別居監護等の場合は下欄に記入願います																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>氏名</th> <th>住所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 届出者と同じ</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 届出者と同じ</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 届出者と同じ</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 届出者と同じ</td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 届出者と同じ</td> </tr> </tbody> </table>			No.	氏名	住所	①		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	②		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	③		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	④		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	⑤		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
No.	氏名	住所																		
①		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ																		
②		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ																		
③		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ																		
④		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ																		
⑤		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ																		
<input type="checkbox"/> 医療保険の変更 <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり																				
<small>※ 保険情報が確認できる書類の写しを添付の場合、この項目の記入は不要です</small>		被保険者氏名																		
記号・番号・枝番		資格取得年月日																		
保険者番号		保険者名																		
<input type="checkbox"/> 振込口座の変更																				
金融機関名	銀行コード()	銀行：信金 信組：農協 その他()	本店・支店名	支店 支所 出張所	預金種別															
	銀行コード()		支店コード()		普通・当座・貯蓄															
口座番号		口座名義(カナ)																		
<input type="checkbox"/> 課税状況の変更(変更後) (年度) <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税																				
<input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 住民票の住所に送る <input type="checkbox"/> 下記送付先に送る																				
住所	〒			あて名																

裏面にも項目があります →

<input type="checkbox"/> 資格の喪失	事由が発生した年月日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡※ <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 他事業に該当 () <input type="checkbox"/> 母子（父子）ではなくなった（婚姻等） → 乳幼児・小学生・中学生の場合は、各事業の新規申請が必要 <input type="checkbox"/> 不監護 <input type="checkbox"/> その他 ()				

※ 死亡の場合は、相続人代表者選任届（別様式）の提出が必要な場合があります

<同一生計の扶養義務者に関する変更>

※ 扶養義務者は、直系血族、兄弟姉妹、配偶者（内縁を含む）のことです。

<input type="checkbox"/> 扶養義務者の追加・変更		<input type="checkbox"/> 扶養義務者の削除		<input type="checkbox"/> 課税の状況								
フリガナ		性別	生年月日	続柄	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ						
氏名		男女	年 月 日									
転入または市外に居住	本年1月1日時点の住所地	都道府県			市区町村	課税の状況(年度)						
	昨年1月1日時点の住所地	都道府県			市区町村	課税・非課税						
市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→												
フリガナ		性別	生年月日	続柄	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ						
氏名		男女	年 月 日									
転入または市外に居住	本年1月1日時点の住所地	都道府県			市区町村	課税の状況(年度)						
	昨年1月1日時点の住所地	都道府県			市区町村	課税・非課税						
市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→												
フリガナ		性別	生年月日	続柄	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ						
氏名		男女	年 月 日									
転入または市外に居住	本年1月1日時点の住所地	都道府県			市区町村	課税の状況(年度)						
	昨年1月1日時点の住所地	都道府県			市区町村	課税・非課税						
市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→												