

|     |       |     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| 受 付 | 年 月 日 | 決 裁 | 年 月 日 | 発 行 | 年 月 日 |
|-----|-------|-----|-------|-----|-------|

福祉医療費医療証 (資格証) 交付・変更・更新 申請書 (ひとり親用)

異 動 届  
喪 失 届

| 世帯の状況 | ひとり親医療該当<br>非該当の別 | ふりがな<br>氏 名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 | 16歳未満の<br>扶養親族<br>(該当に○)<br>H .1.2以降生 | 16歳以上19歳未満<br>の扶養親族<br>(該当に○)<br>H .1.2以降<br>H .1.1 生 | 勤務先又は<br>在学名・学年 | 他の公費負担<br>医療証の番号 | 備 考 |  |
|-------|-------------------|-------------|----|------|----|---------------------------------------|---|-----------------|------------------|-----|--|
|       |                   |             |    |      |    |                                       |   |                 |                  |     |  |
|       |                   |             |    |      |    |                                       |   |                 |                  |     |  |
|       |                   |             |    |      |    |                                       |   |                 |                  |     |  |
|       |                   |             |    |      |    |                                       |   |                 |                  |     |  |
|       |                   |             |    |      |    |                                       |   |                 |                  |     |  |

|                 |                        |            |  |       |                    |  |
|-----------------|------------------------|------------|--|-------|--------------------|--|
| 加入<br>医療<br>保 険 | 被保険者氏名                 | 被扶養者名      |  |       | 住 所                |  |
|                 | 保 険 種 別                | 被保険者証の記号番号 |  |       | 附 加 給 付<br>等 の 有 無 |  |
|                 | 被 保 険 者 証<br>発 行 機 関 名 | 事 業 所 名    |  | 所 在 地 |                    |  |

|  |   |                         |  |  |  |
|--|---|-------------------------|--|--|--|
| 事 由<br><br>(申請・変更・異動<br>喪失・再交付)<br><br>(該当するものを○で囲む) | (事由発生年月日 年 月 日)   |                         | 児童扶養手当   | 受けている<br>受けていない  | 番 号  |
|  | ※ 申請事由<br>1. ひとり親家庭となったため<br>2. 転入してきたため<br>3. 保険に新たに加入したため<br>4. 生保廃止のため<br>5. 非課税世帯となったため<br>6. その他 | ※ 変更事由<br>1. 世帯変更の異動のため | ※ 異動事由<br>1. 保険変更となったため<br>2. ひとり親世帯が変更となったため<br>3. 項目訂正となったため<br>4. その他 | ※ 喪失事由<br>1. 婚姻したため<br>2. 婚姻 (事実婚) したため<br>3. 転出したため<br>4. 18歳になったため<br>5. 保険喪失となったため<br>6. 生活保護開始となったため | 7. 死亡したため<br>8. 課税世帯となったため<br>9. ひとり親家庭に非該当となったため<br>10. その他 |
| その他内容 ( )  |   |                         |  |  |  |

|         |       |
|---------|-------|
| * 審 査   |       |
| 助成開始年月日 | 年 月 日 |

上記のとおり、福祉医療費医療証 (資格証) の交付 (変更・更新) ・異動・喪失を申請・届出します。  
 なお、上記の内容について、市町村民税課税台帳などの現有公簿等により確認されることに同意します。

年 月 日

申請者 住所  
氏名  
電話番号

益田市長 様