|  |
| --- |
| 茂原市ひとり親家庭等医療費等受給資格変更（喪失）届　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　（宛先）茂原市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　茂原市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　　）　　　　　 |
| 変更事項名 | ※　該当する変更事項を○で囲み，必要事項を記入すること。 |
| １　氏　　　名 | （新） |
| （旧） |
| ２　住　　　所 | （新） |
| （旧） |
| ３　保険の種類 | 保険者名称 |  |
| 被保険者等記号 |  | 被保険者等番号 |  |
| 本人・家族の別 | 本人・家族 | 資格取得年月日 | 年　　月　　日 |
| ４　喪失事由 |  |
| 　　備　　　考 |  |
| 変更・喪失年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

　（注）この届には，被保険者証など変更を証明する書類（市の公簿で確認できない場合のみ）を添付してください。