|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。