様式第6号(第16条、第19条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者内容等変更(喪失)届

年　　月　　日

(宛先)飯能市長

住　所

受給者

氏　名　　電話

下記のとおり受給者内容等の変更(喪失)を届出します。

受給者証記号番号			
受給者内容等の変更	氏名	新氏名	(　　のため変更)
	住所	新住所	
	勤務内容	職業	
		勤務先	
		勤務先所在地	
	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
		保険者名称	(保険者番号　　)
		保険者の所在地	
		記号・番号	
		付加給付内容	
	口座振替先	金融機関名	銀行・信用金庫　本店・支店 農業協同組合　出張所
		口座種別	当座・普通
		口座番号	
		口座名義人	(カタカナ)
	その他の事項		
	変更年月日		年　　月　　日
受給資格の喪失	受給資格喪失理由 1　他市町村へ転出 転出先　(　　電話　　) 2　生活保護受給開始 3　死　亡 4　ひとり親家庭等でなくなった(理由：　　) 5　その他(理由：　　)		
	喪失年月日		年　　月　　日
再交付	受給者証再交付理由 1　紛失した　2　破いた　3　汚した 4　その他(理由：　　)		