

様式第8号(第6条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届	
年 月 日	
氷川町長 様	
届出人 住 所 番地	
氏 名	
受給資格証番号	
変更事項名	変 更 前
1 氏 名 2 住 所 3 加入医療保険 (1) 被保険者名 (2) 保険者名 (3) 記号番号 (4) 付加給付の内容 4 受給資格の該当要件 5 受給資格者のうち一 部の者に係る資格喪失 6 その他 (                    )	変 更 後
変更年月日	年 月 日

(注) この届をするときは、受給資格証、被保険者証等を持参してください。