

公費負担者番号		受給者番号	
---------	--	-------	--

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書兼変更届

令和 年 月 日

保護者 住 所 広島市 区

氏 名

(連絡先TEL - )

次のとおり、広島市長宛再交付申請・変更届出します。

再交付	<input type="checkbox"/> 失ったため	<input type="checkbox"/> 破れたため	<input type="checkbox"/> 汚れたため	<input type="checkbox"/> その他 ( )
-----	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

変更事由発生日		年 月 日		
変	1 氏名変更	旧氏名		
		新氏名		
更	2 住所変更	旧住所	広島市 区	
		新住所	広島市 区	
区間異動の場合は、次の加入健康保険も記入してください。				
更	3 加入健康保険変更	保険種別	協会けんぽ・船員・日雇・共済・組合健保・国保・国保組合・後期高齢保険	
		被保険者氏名	あなたとの続柄	
		記号・番号	記号	番号
		保険者	発行機関名	保険者番号
		資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	
4 資格喪失	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 児童を監護しなくなった(理由 ) <input type="checkbox"/> 市外転出(転出先 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
事	5 世帯員の増員	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	
		続柄	事由 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
私の同一世帯員の所得金額及び所得控除額を課税台帳及び課税資料により確認されることに同意します。これらを確認されることについては、私の同一世帯員の同意を得ています。なお、私の同一世帯員のうち、公簿により課税状況が確認できない場合は、課税となるような所得を得ていないことを申告します。				
		氏名	印	
由	6 世帯員の減員	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	
		事由	<input type="checkbox"/> 市外転出(監護外) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
由	7 別居扶養	児童の氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	
		住所地		
		添付書類	<input type="checkbox"/> 認定書 <input type="checkbox"/> 在学(在寮)証明書	

以下の欄は記入しないでください。

区間異動における	公費負担者番号		受給者番号	
新番号	有効期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日

受付
----

係	係長	課長

住民票	証交付	台帳整備	名簿整備	入力