

別記様式第7号（第12条、第14条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格（変更・喪失）届

個人番号	受給資格者氏名	性別	生年月日
	フリガナ	男・女	年 月 日
受給者番号	<b>記入箇所</b>		

変更事由	変更の内容		変更年月日
<input type="checkbox"/> 住所 ※親子共同住所であること	住所	和歌山市 (方書)	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険 ※親子共同一保険に加入していること	被保険者氏名		<b>記入不要</b> <b>※全員分の保険証コピーを添付して下さい。</b> 年 月 日
	住所	和歌山市	
	記号番号		
	保険者番号		
	保険者名		
<input type="checkbox"/> 氏名 ※名前の変更も含む	氏名		年 月 日
<input type="checkbox"/> その他 ※一部喪失・追加を含む	<input type="checkbox"/> 子の追加	<input type="checkbox"/> 子が生まれた <input type="checkbox"/> 子を引き取った <input type="checkbox"/> 親権者を変更した	該当者氏名 ----- ----- -----
	<input type="checkbox"/> 子のみ学校へ行くため、住所変更	住所	
	<input type="checkbox"/> 拘留期間の延長	<input type="checkbox"/> 在留期間の延長	
	<input type="checkbox"/> 資格要件変更	内容	
<input type="checkbox"/> その他			年 月 日
資格喪失の内容			
<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 子の施設入所 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 児童を扶養しなくなった <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 婚姻届を出さなくても事実上、婚姻関係と同様である <input type="checkbox"/> その他			
		該当者氏名	
		喪失年月日	年 月 日

上記のとおり関係書類を添えて届出します。

年 月 日	住所 和歌山市	<b>記入箇所</b>
	氏名	
(宛先) 和歌山市長	電話 ( )	