

受付 証書 訂・未 <input type="checkbox"/> 育成 医療証 回・未 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親	審査 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親	入力 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親	確認 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親
---	--	--	--

ひとり親家庭等医療費助成変更届	加入保険	※支給額変更 有 無 ⇒ ※親証区分変更 有 無 ⇒
-----------------	------	-------------------------------------

フリガナ	児童育成手当認定番号
受給者氏名 (生年月日)	児童扶養手当証書番号
(S・H 年 月 日生)	ひとり親医療受給者番号

住	現住所 〒 () (電話) 足立区	住居の名義人 (続柄) ()
		光熱水費の名義人 (続柄) ()

所	同居者の氏名 (続柄) () () ()
	変更前 () () ()

二重線で囲われた箇所を記入してください。
ご本人と児童の保険証コピーを添付してください。
子(乳)青の医療証をお持ちの児童の保険証コピーも必要です

氏名	受給者 児童 (続柄)	() () ()
	児童 (続柄)	() () ()
		() () ()

加入保険	被保険者(名義人)氏名	申請者との続柄	保険証記号番号		
			記号	番号	
	保険種別		保険者番号	
	1 国保 2 協会けんぽ 3 組合健保 4 船員 5 日雇 6 共済 7 国保組合 8 後期	保険者名称		

支給事由別居監護住所要件その他	変更前 事由：障害・遺棄・拘禁・保護命令 (別居・同居)・住所要件(有・無) 該当者：住所： その他：	変更後 事由：離婚・死亡・遺棄・拘禁・保護命令 (別居・同居)・住所要件(有・無) 該当者：住所： その他 ()
-----------------	---	---

支払金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	支店番号	<input type="checkbox"/> 公金受取口座該当
	普通 口座番号	口座名義 (カナ)		

支給停止関係	① 支給停止事由発生(変更) イ 所得の高い扶養義務者に扶養されるようになった。 ロ 所得の高い人と婚姻した。 ハ 法第9条の児童(孤児等)が養育者と養子縁組した。 ニ 法第9条の児童(孤児等)を養育しなくなった。 ホ 法第9条の児童(孤児等)が死亡した。 ヘ 法第9条の児童(孤児等)に該当しなくなった。 ト その他 ()	② 支給停止事由消滅(変更) イ 所得の高い扶養義務者に扶養されなくなった。 ロ 所得の高い扶養義務者が死亡した。 ハ 所得の高い配偶者と婚姻を解消した。 ニ 所得の高い配偶者が死亡した。 ホ 法第9条の児童(孤児等)を養育するようになった。 ヘ 法第9条の児童(孤児等)に該当するようになった。 ト その他 ()
--------	--	---

変更年月日 令和 年 月 日

変更対象者

個人番号

変更理由

上記のとおり変更があったので届け出ます。
 令和 年 月 日 氏名 _____
 (提出先) 足立区長

記入例

育成
 児扶
 親

審査

育成
 児扶
 親

入力

育成
 児扶
 親

確認

育成
 児扶
 親

ひとり親家庭等医療費助成変更届

加入保険

※支給額変更 有 無

受給している手当の認定番号(受給者番号)が分かる場合は記入してください。
不明の場合は記入不要です。

フリガナ

アダチ ハナコ

受給者氏名
(生年月日)

足立 花子

(S・H) 〇〇年 〇〇月 〇〇日生

児童扶養手当証書番号

ひとり親医療受給者番号

3000000

現住所

〒120-8510

(電話)

3880-5111

足立区 中央本町1-17-1

住居の名義人
(続柄)

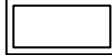
光熱水費の名義人
(続柄)

同居者の氏名
(続柄)

変更前

受給者

児童
(続柄)



二重線で囲われた箇所を記入してください。

ご本人と児童の保険証コピーを添付してください。

乳子青の医療証をお持ちの児童の保険証コピーも必要です

加入保険

被保険者(名義人)氏名

足立 花子

申請者との続柄

本人

保険証記号番号

記号

12345678

番号

4321

保険種別

保険者番号

9

8

7

6

5

4

3

2

1 国保
5 日雇

2 協会けんぽ
6 共済

3 組合健保
7 国保組合

4 船員
8 後期

保険者名称

〇〇保険組合

支給事由

別居監護

住所要件

その他

保険情報を記入してください。
複数回変更されている場合は、最新の保険情報を記入してください。

支払金融機関

普通 口座番号

銀行
信用金庫
信用組合

本店
支店

支店番号

公金受取口座該当

支給

① 支給停止事由発生(変更)

イ 所得の高い扶養義務者に扶養されるようになった。

ロ 所得の高い人と婚姻した

② 支給停止事由消滅(変更)

イ 所得の高い扶養義務者に扶養されなくなった。

ロ 所得の高い扶養義務者が死亡した。

ハ 所得の高い配偶者と婚姻を解消した。

ニ 所得の高い配偶者が死亡した。

変更対象者...加入している健康保険証が変わった方(ご本人・児童)のお名前を記入してください。
☆子どもの医療証をお持ちの場合も、お名前を記入してください。

保険加入認定年月日を記入してください。

変更年月日

令和 △△年 △△月 △△日

変更対象者

足立 花子

足立 一郎

足立 桃子

足立 次郎

個人番号

変更理由

(例) 国民健康保険から社会保険に変更となった

変更の理由を記入してください。

上記のとおり変更があったので届け出ます。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

氏名

足立 花子

(提出先) 足立区長