

八千代市ひとり親家庭等医療費等受給資格変更・喪失届

年 月 日

(宛先) 八千代市長

届出人 住所氏名
電話

次のとおり届出します。

		受給者番号	
氏名変更		(新)	
		(旧)	
住所変更		(新)	
		(旧)	
保険変更	保険の種類	全・組・船・共・国	
	記号・番号		
	保険者名		
その他			
変更年月日		年 月 日	
受給資格喪失		婚姻・転出・死亡	
		その他 ()	
喪失年月日		年 月 日	

同意書

本制度の利用期間中,所得状況の確認等の事務処理に必要な範囲において,地方税関係情報,住民基本台帳関係情報及び加入する健康保険資格情報について取得することに同意します。

また,子ども医療費制度,高額療養費,高額介護合算療養費制度又は外来年間合算療養費制度等の医療重複額等について,調整する一切の手続きを,八千代市長に委任します。

なお,保険者から高額療養費等の支給を受け,助成金の重複が判明した時は,当該助成金を市へ返還します。

氏名 氏名 氏名
氏名 氏名 氏名

注 ●喪失届の方は, 受給券を返却してください。

●氏名変更・保険変更の方は, 保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルからダウンロードした資格情報画面いずれかの写し(本人・対象児童)を添付してください。(国民健康保険に変更の方は不要です。)

受給券	交付済・未	回収済・未
-----	-------	-------