

年 月 日提出

ひとり親家庭等医療費助成 該 当 ・ 非該当 届

新規	変更	(どちらかに○をつける)
----	----	--------------

被 保 険 者 氏 名	被保険者証の記号/番号	所 属	内線番号
	—		
対 象 者 氏 名	対象者生年月日	続 柄	助 成 開 始 日
	年 月 日		入院 年 月 日より
			外来 年 月 日より
	年 月 日		入院 年 月 日より
			外来 年 月 日より
	年 月 日		入院 年 月 日より
			外来 年 月 日より
	年 月 日		入院 年 月 日より
			外来 年 月 日より
対 象 者 住 所 (住民票をおいている住所)	〒 —		
変 更 年 月 日	年 月 日		

* 助成内容は市町村によって異なりますので、助成対象者全員分のひとり親家庭等医療費受給者証の写しを添付ください。
(非該当の場合は不要です)