様式第８号（第５条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届

年　　月　　日

五木村長　　様

届出人住所

氏名　　印

受給資格証番号	
変　更　事　項　名	変　　更　　前
1　氏　　名 2　住　　所 3　加入医療保険 (1)　被保険者名 (2)　医療保険名 (3)　記号番号 (4)　附加給付の内容 4　受給資格の該当要件 5　受給資格のうち一部の者に係る資格喪失 6　その他 （　　）	
	変　　更　　後
変　更　年　月　日	年　　月　　日

（注）　この届をするときは、受給資格証、被保険者証等を持参してください。