

記載例

保険変更届

富山市ひとり親家庭等医療費受給資格変更・喪失届

受給資格番号	氏名	受給資格番号	氏名	受給資格番号	氏名	受給資格番号	氏名	受給資格番号	氏名
受給資格番号	氏名	受給資格番号	氏名	受給資格番号	氏名	受給資格番号	氏名	受給資格番号	氏名
変更内容		加入保険・その他 ()							
資格喪失		理由 ()							
個人番号									
氏名		富山 花子							
住所		富山市 年 月 日変更							
加入 保 険	記号・番号	富しや 8765							
	保険者番号	3301							
	被保険者氏名	富山 花子							
	資格取得日	令和元年 5月 1日							

個人番号（マイナンバー）は、必要に応じてご記入いただく場合があります

※変更後の健康保険について記入してください。

富山市ひとり親家庭等医療費受給資格証を添えて届け出ます。

令和〇年〇〇月〇〇日

住所 富山市新桜町7番38号

届出者

氏名 富山 花子

(TEL 123-4567)

(宛先)富山市長