

様式第7号(第18条関係)

浦添市母子及び父子家庭等医療費助成変更(消滅)届

受給者証記号番号又は生年月日		昭和60年1月1日				
変更の場 合	新氏名					
	旧氏名					
	新住所					
	旧住所					
	口座変更		金融機関名	支店名	口座番号	名義人
		旧				
		新				
	新加入医療保険	被保険者氏名	浦添 花子			
		記号番号	記号	1234567	番号	78 00
		保険者名称	全国健康保険協会 沖縄支部			
取得年月日		令和8年4月1日				
その他の事項						
変更年月日		年 月 日				
消滅理由	1 他市町村に転出 転出先()					
	2 生活保護受給 3 死亡 4 母子及び父子家庭等でなくなった 具体的理由() 5 その他()					
消滅年月日		年 月 日				
<p>上記のとおり、浦添市母子及び父子家庭等医療費助成事業の申請事項が変更した受給資格が消滅したので届出します。</p> <p>令和8年5月8日</p> <p>浦添市長 殿</p> <p>電話番号 090-1234-5678</p> <p>受給者氏名 浦添 花子</p>						