

見本

子育て支援医療費助成氏名住所等変更届

令和〇年〇月〇日

(宛先) 金沢市長

保護者の住所・氏名・電話番号を記入してください。

届出者（保護者） 住所 金沢市広坂1-1-1 101号室

○をつけてください。

氏名 金沢 花子

電話番号 090-1111-2222

氏 名 住 所

保 護 者 加 入 保 險

1

医療証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇		
子ども氏名	金沢 一郎	金沢 二郎		
生年月日	令和2年2月2日	令和4年4月4日		
個人番号	①		振込口座を変更する場合 記入してください	
保護者	旧氏名	金沢 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 口座変更 銀行 △△ 口座名義人(カタカナ) カナザワ ハナコ △△ 支店 本店 普・当	
	新氏名	金沢 花子	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	
子ども	旧氏名			
	新氏名			
住所	旧住所	変更となる項目について記入してください。		
	新住所			
加入健康保険	被保険者氏名	②	受給者との続柄	
	記号・番号	※子どもの加入健康保険の確認書類がない場合やマイナポータルで確認できない場合に ①個人番号②被保険者氏名、③保険者の名称又は勤務先を記入 (金沢市が個人番号を利用して確認を行います)		
	保険者の名称			③
	保険者番号			
	旧保険者の名称			
変更年月日 (加入健康保険の変更の場合は資格取得年月日)				