

子育て支援医療費助成氏名住所等変更届

見本

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 広陵1-1-1 101号室

〇をつけてください。

氏名 金沢 花子

電話番号 090-1111-2222

氏 名 住 所

保 護 者 加入保険 について変更があったので、次のとおり届け出ます。

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				
保 護 者	旧 氏 名	金沢 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 口座変更 銀行 信用金庫 農業協同組合 支店 普・当 △△ 口座名義人(カタカナ) カナザワ ハナコ 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇		
	新 氏 名	金沢 花子			
子 ども	旧 氏 名				
	新 氏 名				
住 所	旧 住 所				
	新 住 所				
加 入 健 康 保 険	新	被保険者氏名	②	受 給 者 との続柄	
		記 号 ・ 番 号			
		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)					

振込口座を変更する場合に
記入してください

変更となる項目について記入してください。

※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)

※ 処

※事務処理欄

記入不要

番号 個人

備考

本人
確認 個人