

様式第8号（第9条関係）

## ひとり親家庭等医療費助成氏名住所等変更届

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

届出者 住 所

氏 名

電話番号

受給者の 氏 名  
住 所 について変更があるので、次のとおり届け出ます。  
加入保険

受 給 者 証 等 番 号					
ふ り が な 受 給 者 氏 名					
個 人 番 号					
住 所					
氏 名	旧 氏 名				
	新 氏 名				
住 所	旧 住 所				
	新 住 所				
加 入 健 康 保 険	被 保 険 者 氏 名 記 号 ・ 番 号 保 険 者 の 名 称			受 給 者 と の 続 柄	
	旧	保 険 種 類			
		保 険 者 の 名 称			
変更年月日(加入健康保険の変更にあっては、資格取得年月日)		年 月 日			

処理欄は記入しないでください。

※ 処 理 欄	受 給 資 格 証 の 送 付 は	要 (未 交 付) • 不 要 (交 付 済)
---------	-------------------	-------------------------

処理欄	1・森本 2・金石 3・犀川 4・安原 5・額 6・押野 7・浅川 8・新神田 9・泉野 10・元町 11・駅西 12・泉野HC 13・元町HC 14・駅西HC 15・本庁 16・湊 17・本町 18・近江町									
<備考> 自費・保険外 申請期限切れ 対象年齢外 対象者外										
番号	個人 通知 住民 端末						確認不可	その他		
本人確認	個人 免許 手帳 在留 旅券	保険 介護 年金 その他						確認不可		