

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 について変更があったので、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	新	被 保 険 者 氏 名		受給者との続柄	
		記 号 ・ 番 号			
		保 険 者 の 名 称			
		保 険 者 番 号			
	旧	保 険 種 類			
		保 険 者 の 名 称			
変更年月日（加入健康保険 の変更にあつては、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			