

ひとり親家庭等医療費助成氏名住所等変更届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

変更するものに○を付けてください。

届出者 住所 金沢市広坂○丁目○番○号
氏名 金沢 花子
電話番号 000-0000-0000

保険変更の申請で、受診者の加入健康保険の確認書類がない、マイナポータルで確認できない場合に個人番号を記入（変更のあった人全員分）。あわせて、①②を記入。②が不明の場合は勤務先名を記入（金沢市が個人番号を利用して確認を行います。）

氏名・住所・加入保険の変更になった
項目のみ記入してください。

加入健康保険の変更の場合、対象者全員の資格取得日のわかる「資格情報のお知らせ」「資格確認書」等のコピーを添付してください。

※マイナンバーカードしかない場合
個人番号だけでは保険情報の照会がで
きません。個人番号を記入する際は、必
ず①②を併せて記入してください。

変更年月日を必ず記入してください。
保険変更の際、保険証等に資格取得日の記載がない場合は、
マイナポータル等で全員分を確認し、記入してください。

◎ 亂世 欄

平成次回計の送付は

要 (古文)

不要 (吉住流)

処理欄の記入は不要です

卷之二十一 附錄一 附錄二 附錄三 附錄四

Digitized by srujanika@gmail.com