

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

届出者 住 所 金沢市広坂〇丁目〇番〇号
氏 名 金沢 花子
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

変更するものに〇を付けてください。

氏 名
受給者の住所について変更があったの
加入保険

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。）

変更する人の情報を記入

受給者証等番号		××××××××		
ふりがな		かなざわ はなこ		
受給者氏名		金沢 花子		
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	①	
		記 号 ・ 番 号		
		保険者の名称	②	
	旧	保 険 者 番 号		
		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		

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。

処理欄は記入しないでください。

※ 処 理 欄

受給資格証の添付は 要（未添付） ・ 不要（添付済）

処理欄の記入は不要です

本人確認	個人 通知 在留 旅券	氏名 郵便	保険 介護 年金 その他	確認不可	その他
------	-------------	-------	--------------	------	-----