

障害者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 金沢市
 氏 名
 電 話 ()

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

受 給 者 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					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	国保 ・ 協健 ・ 組合 ・ 日雇 ・ 船員 ・ 共済 ・ 後期						
	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)		年 月 日						

処 理 欄		受給者証の送付は 要(未交付) ・ 不要(交付済)						
		窓口で交付済の場合 台帳「入通院」区分確認				入通院 ・ 入院のみ(※) (※) 証に「入院医療費のみ」朱印		
番 号	個人 通知 住民 端末	代 理	法定	本 人	委 任	確 認 不 可		
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		