

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 (                    —                    —                    )

氏 名  
受給者の 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 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										
	旧	保 險 者 番 号										
		保 險 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					