

障害者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 太 郎

電話 (〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)

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。

加入保險

受給者番号		○○○○○○○○		<p>保険変更の申請で、受給者の加入健康保険の確 類がない、マイナポータルで確認できない場合 人番号を記入。<u>あわせて、①②を記入。②が不 場合は勤務先名を記入（金沢市が個人番号を利 て確認を行います。）</u></p>
ふりがな 受給者氏名		金 沢 太 郎		
個 人 番 号		○ ー ○ ー ○ ー ○		
住 所		金 沢 市 広 坂 ○ 丁 目 ○ 番 ○ 号		
氏 名	旧 氏 名		<p>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。</p>	
	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	<p>加入健康保険の変更の場合、<u>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。</u> <u>※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。</u>個人番号を記入する際は、<u>必 ず①②を併せて記入</u>してください。</p>
		記 号 ・ 番 号		
		保険者の名称	②	
		保 険 者 番 号		
	旧	保 険 種 類	国 保 ・ 協 健 ・ 組	
		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)			<div>年</div> <div>月</div> <div>日</div>	

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