

# 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 について変更があったので、次のとおり届け出ます。  
 住 所 加入保険

受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇				保険変更の申請で、受給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。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。）	
ふりがな 受給者氏名	金沢 太郎					
個人番号	○	○	○	○		
住 所	金沢市広坂〇丁目〇番〇号					
氏名	旧 氏名					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。
	新 氏名					
住所	旧 住 所					
	新 住 所					
加入健康保険	被保険者氏名 新	①				加入健康保険の変更の場合、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。
	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			
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		