

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

申請者	氏名	フリガナ カナザワ ハナコ 金沢 花子
	生年月日	昭和 55年 5月 5日
	住所	〒 920-0000 金沢市広坂〇丁目〇番〇号 TEL (076) 220-2233

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。

加入保険

受給資格証番号 ※該当するすべての方の番号を記入			
氏名	旧氏名		
	新氏名		
住所	旧住所		
	新住所		
加入健康保険	新	被保険者名	申請者との続柄
		保険種類	国保・協健・組合・日雇・船員・共済
		記号・番号	
		保険者の名称	
	旧	保険種類	国保・協健・組合・日雇・船員・共済
		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)	平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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、保険証のコピーを添付するだけでもいいです。

※保険証の変更は対象者全員の保険証のコピーをつけてください。

※ 処理欄	受給資格証の送付は <input checked="" type="radio"/> 要 (未交付) ・ <input type="radio"/> 不要 (交付済)
-------	---

どちらかに必ず〇を付けてください。