**氏名住所等変更届**

令 和 ○○年○○月○○日

（あて先）金沢市長

　　　　　　　　　　　届出者 　住 所　金沢市　広坂○丁目○番○号

氏 名　　　　金　沢　 太　郎

電 話 ○○○ － ○○○○

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 旧 | ○○○○○○○    | 新 |  |
| 受給者氏名 | 金　沢　 太　郎 | 住所 | 金沢市広坂○丁目○番○号 |
| 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 |  |
| 保険種類 | 国保 ・ 政管 ・ 組合 ・ 日雇 ・ 船員 ・ 共済 |
| 記号・番号 | 新たな加入健康保険についてご記入ください。 |  |
| 保険者の名称 |  |
| 保険者番号 |  |
| 旧 | 保険種類 | 国保 ・ 政管 ・ 組合 ・ 日雇 ・ 船員 ・ 共済以前の加入健康保険についてご記入ください。 |
| 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) | 　　平 成令 和　 ○○ 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