

ひとり親家庭等医療受給資格等変更届出書

年 月 日

藤 沢 市 長

住 所  
届 出 者  
(保護者) 氏 名

個人番号

電 話 ( )

次のとおり届出します。なお、この事業に関し必要な、住民記録情報、税情報、その他受給可否等に必要な情報について、公簿等により市長が利用することに同意します。

受給者	フリガナ		受給者番号	
	氏名		個人番号	
	生年月日		住所(施設名及び施設住所地)	

変更内容(該当する項目にチェックしてください。)

変 更 年 月 日

氏名 住所 保険変更 転出 死亡  
その他( )

その他の受給者	氏名	受給者番号	氏名	受給者番号

		変 更 前	変 更 後
保 険 変 更	記号・番号		
	被保険者氏名		
	被保険者住所		
	保険者番号		
	保険者名		
住所変更			
その他の変更			
個人番号			

窓口に来た方	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他( )							
番号確認	<input type="checkbox"/> 番号通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票または住民票記載事項証明							
本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( )							
備考								
新 証	交付済	郵送希望	児扶		受付	発行	入力	審査
旧 証	回収済	未回収 証返還案内 済・未	済・未	担当者				