

小児・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、市で保管する住民記録情報、税情報、その他受給可否等に必要な情報について、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											
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()																							
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																							
そ の 他 の 受 給 者	フリガナ						受給者番号						続柄										
	氏名						受給者番号						続柄										
	フリガナ						受給者番号						続柄										
	氏名						受給者番号						続柄										
	フリガナ						受給者番号						続柄										

自治体記入欄

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						