

ひとり親家庭等医療受給資格等変更届出書

藤 沢 市 長				年 月 日			
住 所 _____							
届 出 者 (保護者) 氏 名 _____							
マイナンバー _____							
電 話 _____ ()							
次のとおり届出します。なお、この事業に関し必要な、健康保険情報及び住民記録情報、税情報、その他受給可否等に必要の情報(マイナンバー制度による情報連携を含む)について、この制度を利用する間、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			マイナンバー			
	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()							
受給者の	氏名		受給者番号	氏名		受給者番号	
	マイナンバー		マイナンバー				
マイナ保険証の利用登録				☐ している(国保・社保・共済・船員) ☐ していない			
		変 更 前		変 更 後			
保険変更	記 号・番 号						
	被保険者氏名						
	保 険 者 番 号						
	保 険 者 名						
住 所 変 更							
そ の 他 の 変 更							
マイナンバー							

窓 口 に 来 た 方	☐ 申請者本人 ☐ 配偶者 ☐ その他()							
番 号 確 認	☐ 通知カード ☐ マイナンバーカード ☐ マイナンバー記載の住民票または住民票記載事項証明							
本 人 確 認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他()							
健 康 保 険	☐ 健康保険証 ☐ 健康保険資格取得証明書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 資格確認書 ☐ マイナポータルのPDF ☐ 情報連携							
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				