小児医療受給資格等変更届出書

年　　月　　日

藤沢市長

届出者（保護者）
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
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な情報（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（　　）					

受給者その他の	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・枝番		
	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			

自治体記入欄

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	児手		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				