

子 ど も
ひとり親家庭等医療費受給資格変更申請書
重度心身障害者（児）

坂井市長殿

令和 年 月 日

住所 _____

申請者
(保護者) 氏名 _____

(対象者との続柄 _____)

下記のとおり変更を申請します。

Tel () - _____

変更事由	1. 氏名変更 2. 住所変更 3. 送付先変更 4. 保険内容変更 5. 振込口座変更				
変更年月日	平成・令和 年 月 日				
対象者	氏名	続柄	生年月日 年 月 日		
	氏名	続柄	生年月日 年 月 日		
	氏名	続柄	生年月日 年 月 日		
	氏名	続柄	生年月日 年 月 日		
	氏名	続柄	生年月日 年 月 日		
送付先	〒 _____				
対象者の加入健康保険	種類	1 国民健康保険 2 退職 3 国民組合保険 4 全国健保協会 6 組合管掌健保 7 船員保険 8 共済組合保険 9 後期高齢者			
	保険者名称	保険者番号			
	被保険者番号・組合員証加入者証の記号番号	記号	番号	付加給付の有無 有 ・ 無	
振込口座	銀行 信金 農協 労金 (コード:)	本店 支店 支所 営業部 (コード:)	普通口座 口座番号 (右詰め)		
			口座名義 (カタカナ)		
※扶養義務者等	氏名	性別	続柄	生年月日	個人番号

※扶養義務者とは、生計を同じくする（同居している）受給者の父母、祖父母、兄弟姉妹などです。住民票上世帯分離していても、同居している場合は生計を同じくしているとみなします。ただし、生計を別にしていないことの客観的な照明がある場合は、生計同一関係ないと認められるケースもあります。

本人確認	免許証・旅券・個人カード 通知カード・保険証・年金手帳 他 ()
	※顔写真付1点または顔写真無2点

※内容変更登録日	受付者印
平成・令和 年 月 日	