様式第５号の２（第３条関係）

１．乳幼児・児童医療費
２．ひとり親家庭等医療費

医療費助成資格認定変更申請書

年　　月　　日

能美市長　　宛て

申 請 者　　住 所　能美市
（窓口に来られた方）
氏 名

医療費の助成を受けたいので、次のとおり変更申請します。

対象者	住　所	□申請者と同じ 能美市				電 話（日中連絡可能な連絡先） （　　）　　－
		旧 住 所 能美市				
	フリガナ 氏　名 （旧氏名）	（　　）	男・女	生年月日	年　月　日	受給者証発行 （転居及び氏名変更の場合のみ）
				申請者との続柄		窓口・郵送（　/　）
	フリガナ 氏　名 （旧氏名）	（　　）	男・女	生年月日	年　月　日	受給者証発行 （転居及び氏名変更の場合のみ）
				申請者との続柄		窓口・郵送（　/　）

申請事由	１　転居 ２　氏名変更 ３　加入保険の変更　※１ ４　金融機関・口座名義変更　※２ ５　（婚姻等により）保護者の個人番号登録 ６　保護者の個人番号変更 ７　その他（　　） ◎事由発生年月日　　年　　月　　日

加入健康保険	被保険者氏名	□申請者と同じ	続柄		保険者所在地	
	保険者名称	□能美市（国民健康保険） □全国健康保険協会 ＿＿＿＿＿＿ 支部 □＿＿＿＿＿＿＿＿健康保険組合・共済組合 □その他（　　）	記号		番号	
			保険者番号			

金融機関名		普通預金口座番号	口座名義（カタカナ）
銀行 金庫 農協	支店		

保護者	住所	□申請者と同じ	1月1日の住所（事由発生年月日が1～9月の場合は前年）		生年月日	年　月　日
	氏名		続柄	個人番号		

保護者の氏名	変更前の個人番号	変更後の個人番号

※１　対象者の加入している健康保険証の写しを添付してください。

※２　振込先の口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。

番号確認	本人確認 1は1種類、2は2種類	代理権確認（要本人確認）
□個人カ		1.□保護者の保険証（原本）
□通知カ	1.□個人カ・運免・旅券・在カ	2.□戸籍謄本（法定代理人）
□住民票	2.□保険証 □年金手or住民票	3.□委任状（任意代理人）
□その他	3.□その他（　　）	4.□その他（　　）