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

令和　　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<br>能美市 | | | | 電 話(日中連絡可能な連絡先)<br>(　　)　　― |
| | | 旧　住　所<br>能美市 | | | | |
| | フリガナ<br>氏　　名<br>(旧氏名) | (　　) | 男・女 | 生年月日 | SHR　年　月　日 | 受給者証発行<br>(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<br>氏　　名<br>(旧氏名) | (　　) | 男・女 | 生年月日 | SHR　年　月　日 | 受給者証発行<br>(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<br>氏　　名<br>(旧氏名) | (　　) | 男・女 | 生年月日 | SHR　年　月　日 | 受給者証発行<br>(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<br>2　氏名変更<br>3　加入保険の変更　※1<br>4　金融機関・口座名義変更　※2<br>5　保護者の個人番号変更<br>6　その他(　　)<br>◎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)<br>□全国健康保険協会 ＿＿＿＿＿＿ 支部<br>□＿＿＿＿＿＿＿＿健康保険組合・共済組合<br>□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<br>金庫<br>農協 | 支店 | | |

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