

心身障害者 (児) 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	能美市					電話 (日中連絡可能な連絡先)					
		() - () - ()										
	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 (/)						
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 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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			対象者との続柄	保険者所在地						
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 能美市 (国民健康保険) <input type="checkbox"/> 石川県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合・共済組合 <input type="checkbox"/> 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										

※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。