

# 記入例

## ひとり親家庭等 福祉医療費受給者資格 変更届

<変更対象となる方>

	氏名	受給者番号	生年月日	個人番号
1	カナ イサハヤ ハナコ 諫早 花子	1234567	令和 ○年 ○月 ○日	
2	カナ イサハヤ イチロウ 諫早 一郎			
3	カナ イサハヤ ジロウ 諫早 二郎			

変更する対象者の氏名・受給者番号・生年月日・住所を記入してください

住所 (建物名等)	諫早市東小路町7番1号
--------------	-------------

<変更する事項> (変更があった項目の□にレをつけ、変更内容を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 住所	(変更前) (変更後)	処 理 欄
<input type="checkbox"/> 氏名	(変更前) (変更後)	
<input type="checkbox"/> 保険者	※受給者の健康保険証等を提示してください	
<input type="checkbox"/> 受給者	申請者(保護者)の氏名・生年月日・住所・電話番号・続柄・申請日を記入してください ※申請者氏名は自署してください	
<input type="checkbox"/> 振込口座		

変更する事項を記入してください  
(変更のない事項は記入不要です)

<届出者> (受給者)

諫早市長 様 (届出日) 令和 ○年 ○月 ○日  
上記のとおり、申請内容が正しかったので届出します。

フリガナ イサハヤ ハナコ	生年月日	平成 △年 △月 △日
署名 氏名	個人番号	
	電話番号	0957 - 22 - 1500

申請に必要なもの

・保険の資格が確認できるもの(以下①~④のいずれか)(保険変更の場合)

- ①従来の健康保険証(令和6年12月2日以降は新規発行されません)
- ②健康保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格情報通知書」
- ③健康保険の保険者から交付された「資格確認書」
- ④マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」

・申請者(保護者)名義の口座が分かるもの(通帳・キャッシュカード)(口座変更の場合)

※郵送で申請の場合は、写しを添付してください