

## ひとり親家庭等医療費登録内容変更届

年 月 日

かほく市長 様

次のとおり、変更がありましたので、届け出ます。

届出者 <small>（父、母又は養育者）</small>	ふりがな		性別	生年月日
	氏名	⑩		年 月 日
	住所	かほく市 <div style="text-align: right;">Tel</div>		
	個人番号			
変更事由 <small>【該当するものに○】</small>	1. 氏名	2. 住所	3. 加入保険	4. 振込先金融機関
	5. 受給資格喪失（喪失事由） （喪失日） 年 月 日			6. その他
子ども	氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	住所			
	個人番号			
加入保険	保険者名	(保険者番号 )	(保険者番号 )	(保険者番号 )
	記号			
	番号			
	被保険者名			
	認定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
振込先	金融機関	銀行 農協 信用金庫		
	支店名	支店		
	種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	口座名義 <small>（カタカナ）</small>			

必要書類の提示を省略するときは、かほく市が、公簿等（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定する情報提供ネットワークシステムを利用した情報連携を含む。）により当該書類等の内容を確認することに同意します。