

年 月 日

電話番号

審査のため、住民票、戸籍及び市県民税課税台帳等の内容について公簿等により確認することに同意します。また、府中市長が必要と認める場合は、加入保険情報等をマイナンバー制度による情報連携を利用して確認することに同意します。なお、生計を一にする次の世帯員についてもこれらの内容を確認することについて同意を得ています。

受給者番号	受給者の氏名 (個人番号)		性別	生年月日
	()			年 月 日
	()			年 月 日
	()			年 月 日
	変更後	変更前	事由	
氏名			☐ 氏名の変更 ☐ 市内転居 ☐ 医療保険加入状況の変更 ☐ その他 () 事由発生日 (. .)	
住所 (居住地)				
医療保険の 加入状況等	(被保険者の氏名)			
	(被保険者の住所)			
	(被保険者等の記号番号)			
	(受給者との続柄)			
	(保険者の名称) (保険者番号)			
備考				

※ 以下は記入しないでください
☐入力日 (. .) ☐送付日 (. .)