

制度

☒ 子ども

☐ 障がい者

☐ ひとり親家庭等（親・子・児童）

変

喪

再

医療費助成対象者資格変更(喪失)届出書兼交付申請書

令和 X 年 XX 月 XX 日

福岡市 中央 区長

届出者
(申請者)

住所

福岡市 中央 区 天神▲ 丁目 ▲▲ 番 ▲▲-▲▲▲ 号

氏名

福岡 太郎

Tel

(自宅)

XXX - XXXX - XXXX

(携帯)

XXX - XXXX - XXXX

次の者について

資格変更 喪失

医療証の再交付

 を下記のとおり届出（申請）します。

(フリガナ)

対象者氏名

①

フクオカ ジロウ

②

フクオカ ハナコ

③

④

福岡 次郎

福岡 花子

医療証を持っている対象者を記入

変

更

喪失

再交付

届出事由

☒住所

☐氏名

☐扶養義務者の変更

☐有効期間の変更

変更前

福岡市中央区大名△丁目△番△△号

変更後

福岡市中央区大名◆丁目◆番◆◆-◆◆◆号

☒医療保険

変更前

{ 社保本人・社保家族・市国保一般・退本人・退家族・国保組合・後期高齢 }

変更後

{ 社保本人・社保家族・市国保一般・退本人・退家族・国保組合・後期高齢 }

変更後の保険

保険者名

〇〇健康保険組合

保険者番号

1 2 3 4 5 6 7 8

記号・番号

XXX・XXXXX

被保険者

フクオカ タロウ

福岡 太郎

続柄

対象者の 父

【確認方法】

☒ 資格情報のお知らせ

☐ 資格確認書

☐ マイナポータル資格情報画面

☐ 健康保険証

☐ 個人番号による健康保険情報の照会に同意する

喪失

☐死亡

☐転出

市外

区外

☐所得基準額超過（本・配・扶_____円）

☐保険離脱

☐生保開始（ケースNo. _____担当者 (印))

☐その他 ()

再交付

☐紛失

☐破損

☐汚損

☐盗難

☐その他 ()

事実発生年月日

令和 X 年 XX 月 XX 日

変更内容を記入

変更が生じた年月日を記入
(例)住所変更……異動日

宛名コード

配偶者

扶養義務者

被保険者

負担者番号

①

②

③

④

4 0 5 0

4 0 5 0

4 0 5 0

4 0 5 0

受給者番号

①

②

③

④

4 0 5 0

4 0 5 0

4 0 5 0

4 0 5 0

(備考)

証回収 (. . 回収)・未回収

決裁

課長

係長

係員

負担者番号

受給者番号

変更が生じた年月日を記入
(例)住所変更……異動日

①

②

③

④

4 0 5 0

4 0 5 0

4 0 5 0

4 0 5 0

電入

月報

宛名コード

配偶者

扶養義務者

被保険者

(備考)

証回収 (. . 回収)・未回収

決裁

課長

係長

係員