

令和 年 月 日

届出者(申請者) { 住 所 福岡市 区 丁目 番 号
氏 名 TEL (自宅) — —
(携帯) — —

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)	①	②	③	④
対象者 氏 名				

		届		出		事		由						
変	☐ 住所 ☐ 氏名	☐ 扶養義務者の変更 ☐ 有効期間の変更		変更前										
				変更後										
	☐ 医療保険													
変更前 { 社保本人・社保家族・市国保一般・ ☒ 本人・ ☒ 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・ ☒ 本人・ ☒ 家族・国保組合・後期高齢 }														
更	変更後の保険	保険者名			保険者番号									
		記号・番号		被保険者				続柄		対象者の				
	【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 ☒ ） ☐ 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日									

[illegible]

宛 名 コ ー ド	配偶者								(備考)		決 裁		
	扶 養 義務者										課 長	係 長	係 員
	被保険者								証回収	(・ ・ 回収) ・ 未回収			