

赤文字の部分を
黒か青いボールペンで記入
してください。
(データ入力も可です。)

制度

子ども 障がい者 ひとり親家庭等 (親・子・児童)

医療費助成対象者資格変更 (喪失) 届出書兼交付申請書

福岡市 中央 区長

1. 区名, 住所, 電話番号, 氏名(申請者)を記入してください

平成 24 年 10 月 1 日

届出者 (申請書) { 住所 福岡市 中央区 天神1丁目 8番 1号
氏名 福岡 太郎

(電話 711-4235)

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 フカ ジロ	② フカ ハコ	2. 対象者の氏名(フリガナ)を記入してください	
対象者氏名	福岡 次郎	福岡 花子		

3. 変更があった内容を記入してください

変	届出事項		変更前	同上									
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 扶養義務者の変更 <input type="checkbox"/> 配偶者の変更	変更後	福岡市中央区××9丁目9番9号									
更	<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険		変更前 { 社保本人・社保家族・ <u>国保一般</u> ・ 退本人 ・ 退家族 ・国保組合・後期高齢 }										
			変更後 { 社保本人・ <u>社保家族</u> ・国保一般・ 退本人 ・ 退家族 ・国保組合・後期高齢 }										
喪失	保険者名	△△健康保険組合			保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9
	記号・番号	9999	99999	被保険者	フカ ジロ 福岡 太郎	続柄	対象者の 父						
再交付	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 (市外 区外)												
	<input type="checkbox"/> 所得額超過 (本・配・扶 円) <input type="checkbox"/> 保険離脱 <input type="checkbox"/> 生保開始 (ケースNo. 担当者 印) <input type="checkbox"/> その他 ()												
3. 変更が発生した年月日を記入してください 例) 保険が変わった場合: 新しい保険の資格取得日(認定年月日)													
事実発生年月日		平成 24 年 10 月 1 日											