

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

平成 年 月 日

福岡市 区長

届出者 (申請書) { 住所 福岡市 区 丁目 番 号 方)
 (電話 -)
 氏 名 _____

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	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 扶養義務者の変更 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 配偶者の変更		変更前							
			変更後							
更	<input type="checkbox"/> 医療保険		変更前	{ 社保本人・社保家族・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・国保一般・ 退 本人・ 退 家族・国保組合・後期高齢 }						
喪	保険者名				保険者番号					
	記号・番号		被保険者		続柄	対象者の				
失	<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 ()									
再交付	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ()									
事 実 発 生 年 月 日			平成 年 月 日							

	負担者番号				医療証番号				住民コード				受付交付		受付印
①	4	0	5	0									索引		
②	4	0	5	0									台帳		
③	4	0	5	0									電入		
④	4	0	5	0									月報		

住 民 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			