

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 年 月 日

福岡市 区長

届出者(申請書) { 住所 () 氏名 () (電話) }

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。

(ワガガ)	①	②	③	④
対象者氏名				

		届 出 事 由			
変	<input 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	<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・令和 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				