

制度

子ども  障がい者  ひとり親家庭等（親・子・児童）

① 変 ② 喪 ③ 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 } を下記のとおり届出(申請)します。  
{ 医療証の再交付 }

(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"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 扶養義務者の変更 <input type="checkbox"/> 有効期間の変更		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・市国保一般・ <input checked="" type="checkbox"/> 本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 家族・国保組合・後期高齢 }									
		変更後の保険	保険者名					保険者番号			
喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 所得基準額超過(本・配・扶_____円) <input type="checkbox"/> 保険離脱	<input type="checkbox"/> 転出 (市外 区外)									
			<input type="checkbox"/> 生保開始(ケースNo. _____担当者 <input checked="" type="checkbox"/> ) <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			令和 年 月 日								

	負担者番号	受給者番号	宛名コード	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	

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												