

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 X 年 XX 月 XX 日

福岡市 中央 区長

届出者 (申請者) {

住所 福岡市 中央 区 天神▲ 丁目 ▲▲ 番 ▲▲-▲▲▲▲ 号

氏名 福岡 太郎

Tel (自宅) XXX - XXXX - XXXX

(携帯) XXX - XXXX - XXXX

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 フクオカ ジロウ	② フクオカ ハナコ	③	④
対象者氏名	福岡 次郎	福岡 花子		

医療証を持っている対象者を記入

変	届出事由		変更前	福岡市中央区大名△丁目△番△△号											
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名		変更後	福岡市中央区大名◆丁目◆番◆◆-◆◆◆号											
更	変更後の保険		変更前	{ 社保本人・社保家族・市国保一般・退本人・退家族・国保組合・後期高齢 }											
	<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険		変更後	{ 社保本人・社保家族・市国保一般・退本人・退家族・国保組合・後期高齢 }											
喪失	死亡	転出	被保険者	フクオカ タロウ		保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8
	市区外			福岡 太郎		続柄		対象者の 父							
再交付	所得基準額超過 (本・配・扶_____円)		変更内容を記入												
	□死亡 □転出 □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 (印) □その他 ()												
□紛失 □破損 □汚損 □盗難 □その他 ()		事実発生年月日													
		令和 X 年 XX 月 XX 日													

変更内容を記入

	負担者番号	受給者番号	
①	4 0 5 0		
②	4 0 5 0		
③	4 0 5 0		電入
④	4 0 5 0		月報

変更が生じた年月日を記入 (例)住所変更……異動日

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			