

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

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	

届出事由													
変更	<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"/> 有効期間の変更	変更前	福岡市中央区大名△丁目△番△△号									
			変更後	福岡市中央区大名◆丁目◆番◆◆一◆◆号									
変更	<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険		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 }										
			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 }										
変更後の保険	保険者名	○○健康保険組合			保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	記号 ・ 番号	XXX・XXXXX	被保険者	フクオカ タロウ 福岡 太郎			続柄	対象者の 父					
【確認方法】 <input checked="" type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ/ <input type="checkbox"/> 資格確認書/ <input type="checkbox"/> マイナポータル資格情報画面/ <input type="checkbox"/> 個人番号による健康保険の照会に同意する													
喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 市外 区外								変更内容を記入				
	<input type="checkbox"/> 所得基準額超過 (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"/> 盜難 <input type="checkbox"/> その他 ()												
事実発生年月日				令和 X 年 XX 月 XX 日									

宛名コード	配偶者						(備考)	決裁		
								課長	係長	係員
	扶養義務者									
被保険者							証回収	(・	・
							回収)	・	未回収	