

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)

対象者氏名

①

フクオカ

ジロウ

②

フクオカ

ハナコ

③

④

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

☒住所

☐氏名

☐扶養義務者の変更

☐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◆◆-◆◆号

☒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

〇〇健康保険組合

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】 ☒ 資格情報のお知らせ / ☐ 資格確認書 / ☐ マイナポータル資格情報画面 / ☐ 個人番号による健康保険情報の照会に同意する

喪失

☐死亡

☐転出 { 市外
区外 }

☐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（_____）

再交付

☐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

宛名コード

配偶者

扶養義務者

被保険者

負担者番号

受給者番号

（備考）

証回収（_____回収）・未回収

決裁

課長

係長

係員

変更が生じた年月日を記入

（例）住所変更……異動日

保険の変更……新しい保険の資格取得年月日（認定年月日）

月報

負担者番号

受給者番号

（備考）

証回収（_____回収）・未回収

決裁

課長

係長

係員

宛名コード

配偶者

扶養義務者

被保険者

月報