

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
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	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									
	<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="radio"/> 本人・ <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 本人・ <input checked="" type="radio"/> 家族・国保組合・後期高齢 }															
更	変更後の保険	保険者名										保険者番号										
		記号・番号								被保険者			続柄	対象者の								
【確認方法】 <input 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情報の照会に同意する																						
喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 市外区外																					
	<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 <input checked="" type="radio"/> ） <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																

[illegible]

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			