

医療費助成対象者資格変更(喪失)届出書兼交付申請書

福岡市 区長

令和 年 月 日

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												
変更	<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											
		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 }												
変更後の保険	<input type="checkbox"/> 医療保険		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 }											
	保険者名					保険者番号								
喪失	記号 ・ 番号		被保険者				続柄	対象者の						
	<input type="checkbox"/> 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													
再交付	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出		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="checkbox"/> 印) <input type="checkbox"/> その他(_____)													
<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 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		
								課長	係長	係員
	扶養義務者									
被保険者							証回収	(・	・