

## 福祉医療費 受給資格変更(喪失)届出書兼再交付申請書

制度種別	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成制度	<input type="checkbox"/> 子ども医療費助成制度
	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療費助成制度	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成制度	<input type="checkbox"/>

届出事由	変更	<input type="checkbox"/> 住所変更	<input type="checkbox"/> 氏名変更	<input type="checkbox"/> 加入医療保険変更	<input type="checkbox"/> その他
	喪失	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> その他( )	
	再発行	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> その他( )	
上記事由発生日		年 月 日			

受給対象者	変更後・喪失・再発行			変更前		
	氏名	( 年 月 日 )			旧氏名	
	受給者番号	記号	番号	受給者番号	記号	番号
氏名	( 年 月 日 )			旧氏名		
	受給者番号	記号	番号	受給者番号	記号	番号
氏名	( 年 月 日 )			旧氏名		
	受給者番号	記号	番号	受給者番号	記号	番号
住所				旧住所	長門市	

加入医療保険変更	被保険者	氏名	受給者からみた続柄			
		住所				
		保険種別	全国健康保険協会 ・ 健康保険組合 ・ 船員保険 ・ 日雇保険 ・ 共済組合 国保 ・ 退職国保 ・ 後期高齢者医療			
		記号番号	記号	番号	番号	
		加入年月日	年 月 日			
		保険者名				
		保険者住所				

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

長門市長 様

届出者氏名

電話番号	
------	--

市役所記入欄	
処理日	年 月 日

(受給者からみた続柄 )