

記入例

制度

子ども 障がい者 ひとり親家庭等（親・子・児童）

変

医療費助成対象者資格変更(喪失)届出書兼交付申請書

筑紫野市長

1. 住所・電話番号・氏名(申請者)を記入してください

5 年 3 月 1 日

届出者(申請者) { 住所 **筑紫野市 石崎 一丁目 1番 1号** (方)
(電話 **092 - 923 - 1111**)
氏名 **筑紫野 太郎**

次の者について { **資格変更**・喪失 } を下記のとおり届出(申請)します。
{ 医療証の再交付 }

(フリガナ)	① 次郎 ジロウ	② 花子 ハナコ	2. 対象者の氏名(フリガナ)を記入してください
対象者氏名	筑紫野 次郎	筑紫野 花子	

変	届出		3. 変更があった内容を記入してください	
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 扶養義務者の変更	変更前 変更後	同上 筑紫野市石崎××九丁目9番9号
更	<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険		変更前 { 社保本人・社保家族・ 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 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 9 9 9 9 9 9 9 9	
	記号・番号 999 55555555	被保険者 次郎 ジロウ 筑紫野 太郎	続柄 対象者の 父	
喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 (市外 県外) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 所得額超過 <input type="checkbox"/> 生保開始(ケースNo. 担当者)			
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		5 年 1 月 1 日		

4. 変更が発生した年月日を記入してください
例) 保険が変わった場合: 新しい保険の資格取得日(認定年月日)

	負担者番号	受給者番号	4. 変更が発生した年月日を記入してください 例) 保険が変わった場合: 新しい保険の資格取得日(認定年月日)
①	4 0 0 1 8	0 1 2 3 4 5 6	
②	4 0 0 1 8		
③	4 0 0 1 8		
④	4 0 0 1 8		

5. 受給者番号を記入してください。

住民コード	配偶者	(備考)										受付者
	扶養義務者											
	被保険者	証回収	(.	.	回収)	.	未回収				