太枠内を記入してください。

制度	☐ 子ども医療　☐ 重度障がい者医療　☐ひとり親家庭等医療（親・子）	☐ 変更　☐ 喪失　☐ 再交付

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

（宛先）筑紫野市長

届出者（申請者）
- 住 所
- フリガナ
- 氏 名　　電話番号
- （対象者との続柄：　　）

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。

対象者		フリガナ 氏名	生年月日	受給者番号
	①		大正 昭和 平成 令和　年　月　日	
	②		大正 昭和 平成 令和　年　月　日	
	③		大正 昭和 平成 令和　年　月　日	
	④		大正 昭和 平成 令和　年　月　日	

届出事由					
変更	☐ 住所　☐ 氏名 ☐ 有効期間延長 ☐ 扶養義務者の変更 ☐ その他（　　）	変更前			
		変更後			
	☐ 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		保険者番号
			資格情報の記号・番号		被保険者氏名（対象者との続柄）
喪失	☐ 死亡　☐ 転出（転出先：　　） ☐ 所得額超過（本人 ・ 配偶者 ・ 扶養義務者） ☐ 生活保護開始 ☐ 程度非該当（　　級） ☐ 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　　年　　月　　日				

※ 事実発生年月日を必ず記載してください

※市記入欄						
	配偶者	カナ		（備考）	受付日付印	
		住民コード				
	扶養義務者	カナ				受付者
		住民コード				
	被保険者	カナ				
		住民コード		証回収	回収(　　年　　月　　日)・未回収	