

福祉医療費 受給資格変更(喪失)届出書兼再交付申請書
長門市長 様

下記のとおり届け出ます。

			届出年月日	令和 年 月 日
届出人	フリガナ		生年月日	. .
	氏 名			
	住 所	電話番号()		受給者からみた続柄

制度種別	重度心身障害者医療 ☐	乳幼児医療 ☐	ひとり親家庭医療 ☐	子ども医療 ☐
------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

届出事由	変更	☐ 住所変更	☐ 氏名変更	☐ 加入医療保険変更	☐ その他
	喪失	☐ 死亡	☐ 転出	☐ その他()	
	再発行	☐ 紛失	☐ 破損	☐ その他()	
上記事由発生年月日		年 月 日			

対象者氏名	個人番号	受給者番号	変更事項(氏名・住所等)
生年月日			
			(旧)
. .			(新)
			(旧)
. .			(新)
			(旧)
. .			(新)
			(旧)
. .			(新)
			(旧)
. .			(新)
			(旧)
. .			(新)

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 ・ 後期高齢者医療				
	記号番号	記号		番号		
	加入年月日 または認定日	年 月 日				
	保険者名					

※社会保険各法に基づく被保険者であることを証する書類等を提示してください。

市役所記入欄	
処理日	年 月 日