

高齢期移行者医療費
 高齢重度障害者医療費
 } 受給資格等の変更・喪失届及び再交付申請書

明石市長様 次のとおり申請・届出します。

受給者	受給者番号		電話番号	
	フリガナ		生年月日	大正・昭和・西暦 年 月 日
	氏名			
	住所			

申請・届出者		<input type="checkbox"/> 上記の受給者に同じ	電話番号	
	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者住所に同じ <input type="checkbox"/> その他住所		
申請者等確認書類	運転免許証・マイナンバーカード・障害者手帳 保険証・その他()		受給者との続柄	

↑ 郵送で申請される場合は、身分証などのコピーを添付してください。

↑ 保険証の記号・番号は個人情報保護のため、隠してコピーしてください。

資格喪失	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 手帳等級対象外			
			旧	⇒ 新
	<input type="checkbox"/> その他()	事由発生日	年	月 日

手帳有効期限変更	旧	年	月	日	⇒	新	年	月	日
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

↑ 郵送で申請される場合は、手帳のコピー(全面)を添付してください。

健康保険の変更	被保険者名		受給者との続柄	
	保険者番号	記号	番号	
	保険者名	国保・健保組合・共済組合 協会けんぽ 支部		
	資格取得日	年	月	日

↑ 郵送で申請される場合は、変更後の健康保険証のコピーを添付してください。

再交付申請	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 郵便未着 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他
-------	--

処理欄	受付者	証発行	証回収	CK1	CK2
		窓口交付	窓口受領		
		〒 /	〒 / データ入力		