

第5号様式(第7条関係)
(第9条関係)
(第8条関係)
(第8条関係)
(第13条関係)

子ども
 障害者
 母子家庭等
 精神障害者
 後期高齢者福祉

医療費受給資格等 変更届

令和 年 月 日

知多市長様

住所 知多市

申請者
(窓口
こられた人)

氏名

(受給者との続柄)

(電話 - -)

次のとおり変更がありましたので届出します。

受給者番号											
区分		変更後					変更前				
受給者	住所 (施設所在地)	申請者に同じ					申請者に同じ				
	フリガナ	申請者に同じ					申請者に同じ				
加入	氏名 (子ども氏名)	申請者に同じ					申請者に同じ				
	フリガナ	申請者に同じ					申請者に同じ				
医療保険	被保険者氏名	申請者に同じ					申請者に同じ				
	受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()				
医療保険	保険者番号						国保台帳 確認				
	保険者名称	全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合					全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合				
	記号・番号										
	取得年月日	令和 年 月 日					令和 年 月 日				
保護者等	フリガナ	申請者に同じ					申請者に同じ				
	氏名	申請者に同じ					申請者に同じ				
障がい状況	子どもとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 その他()					<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 その他()				
	認定書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神手帳 <input type="checkbox"/> 判定書 その他()					<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神手帳 <input type="checkbox"/> 判定書 その他()				
障がい状況	等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 腎臓4級 <input type="checkbox"/> 筋萎縮症4~6級 <input type="checkbox"/> A判定 <input type="checkbox"/> B判定 <input type="checkbox"/> 自閉症状群 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 腎臓4級 <input type="checkbox"/> 筋萎縮症4~6級 <input type="checkbox"/> A判定 <input type="checkbox"/> B判定 <input type="checkbox"/> 自閉症状群 <input type="checkbox"/> その他()				
	異動事由	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 保険内容 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 等級(障がい) <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 保険内容 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 等級(障がい) <input type="checkbox"/> その他()				
<p>※ 障害者、精神障害者、後期高齢者福祉 については、内容に応じて「種別」を変更する</p>											
異動年月日	令和 年 月 日					受給者電話番号 (平日昼間)	- -				
備考											

受付場所

課長	証発行者	処理者	受付者