

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		個人番号	
区 分	変 更	後	変 更 前
受給者	住所 (施設所在地)	申請者に同じ	
	フリガナ	申請者に同じ	
加入	氏名 (子ども氏名)	申請者に同じ	
	フリガナ	申請者に同じ	
医療保険	被保険者氏名	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()	
障がい状況	保険者番号	<input type="checkbox"/> 国保台帳確認 <input type="checkbox"/> 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	
	記号・番号		
	取得年月日	令和 年 月 日	
保護者等	氏名	申請者に同じ	
	子どもとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 その他()	
障がい状況	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()	
	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()	
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()		
※ 障害者、精神障害者、後期高齢福祉 については、内容に応じて「種別」を変更する			
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