

医療証資格（変更・喪失）届

富田林市長 様

下記のとおり、医療証の（変更・喪失）を届出します。
 なお、届出に当たり、所得状況等を公募等により確認することに同意します。

※氏名欄には本人が署名をしてください。ワープロでの入力、ゴム印の利用及び代筆の場合は、記名の上押印をお願いします。

年 月 日

届出者	氏名	続柄	電話	()
	住所			
医療区分	<input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 重度障がい者医療			
異動年月日	年 月 日			
変更理由	<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 保護者・世帯主変更 <input type="checkbox"/> 障がい区分 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
喪失理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 他公費取得 () <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 要件非該当 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
受給者	氏 名	生 年 月 日	受給者番号	
		年 月 日		
個人番号				

児 童	氏 名	生 年 月 日	受給者番号
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

保 護 者	フリガナ	生 年 月 日	続柄
	氏 名	年 月 日	父 ・ 母 ()
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 個 人 番 号	

市処理欄 (※添付書類及び回収した医療証は裏面)

保 険 種 別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他 ()				
所 得 確 認	<input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/> 課税 (所得) 証明書等 <input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> その他 ()				
児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他 ())				
障がいの状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A ・ B 1) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳				
	<input type="checkbox"/> 特定医療 (指定難病) 受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()				
助 成 期 間	年 月 日	~	年 月 日	制度区分	府 ・ 市
証交付状況	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 連絡所			年 月 日	
証回収状況	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 期限訂正 <input type="checkbox"/> 返信用封筒			年 月 日	

決 裁	課長	課長代理	係長	係員	受付