



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

※必ず記入

受給者	氏名	生年月日	受給者番号						
		年 月 日							
		年 月 日							

→ 該当番号に○をつけ、内容を記入してください。	1 変更	変更年月日		年 月 日							
		① 加入保険	被保険者	記号	番号						
				氏名	続柄						
		保険者番号									
		保険者名		社保・健保組合・共済組合・国保 全国健康保険協会 支部							
	② 住所変更 (新住所)										
	③ 氏名変更 その他 ()		(旧) → (新)								
	2 喪失	喪失年月日		年 月 日							
		喪失事由		《喪失の場合は、受給者証をご返却ください。》 1 転出 (転出先 市・町・村) 2 保険喪失 3 生保開始 4 その他 ()							
	3 再交付	再交付事由		1 紛失 2 郵便未着のため 3 破損 4 その他							

上記のとおり届出・申請します。

※必ず記入

年 月 日

住所 明石市

氏名

電話・FAX (— —)

明石市長様

処理欄	受付者	証発行済	証回収	証回収日	D作成	受付印
		〒・窓口 (/)	依頼	〒・窓口 (/)		
			一部済			
	全部済					