年　　月　　日

☐ 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			

申請者・届出者		☐ 上記の受給者に同じ		
	フリガナ			
	氏　　名		電話番号	
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 西暦 年　　月　　日	受給者との続柄	
	住　　所	☐ 受給者住所に同じ ☐ その他住所		

※郵送で申請される場合は、本人確認書類等のコピーを添付してください。

資格喪失	☐ 転出 ☐ 死亡　☐ 生保開始　☐ 手帳等級対象外　旧 ⇨ 新			
	☐ 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、別紙「健康保険の確認について」を参照して保険資格のわかるもののコピーを添付してください。

再交付申請	☐ 紛失　☐ 転居　☐ 郵便未着　☐ 毀損　☐ その他

処理欄	受付者	証発行	証回収	CK1	CK2	本人確認	
		窓口交付 〒　　/	窓口受領 〒　　/				1. マ ・ 免 ・ 経 ・ 障 ・ パ その他（　　） 2. 資 ・ 介 ・ 年 ・ 医 その他（　　）