

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・届出者		<input type="checkbox"/> 上記の受給者に同じ	電話番号	
	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者住所に同じ <input type="checkbox"/> その他住所		
申請者等確認書類	運転免許証・マイナンバーカード・障害者手帳 保険証・その他( )		受給者との続柄	

↑ 郵送で申請される場合は、身分証などのコピーを添付してください。  
 ↑ 保険証の記号・番号は個人情報保護のため、隠してコピーしてください。

資格喪失	<input type="checkbox"/> 転出			
	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 手帳等級対象外	旧 年 月 日 → 新 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 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、変更後の健康保険証のコピーを添付してください。

再交付申請	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 郵便未着 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他
-------	--

処理欄	受付者	証発行	証回収	CK1	CK2
		窓口交付 〒 /	窓口受領 〒 / データ入力		