

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更(喪失)届兼受給者証再交付申請書

受給者番号							
受給者	氏名			保護者	氏名		
	住所				住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	
	生年月日						

※ 該当する箇所を記入してください。

受給者新住所・氏名				障害等級	→	
保護者新住所・氏名				新手帳番号		
加入医療保険	記号番号・被保険者証番号					
	被保険者氏名				受給者との続柄	
	保険者の名称					
	保険者番号					
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協			支店	
	預貯金種目	普通・当座	口座番号			
	口座名義人	(カタカナ)			受給者との続柄	
送付先氏名				受給者との続柄		
送付先住所	〒					
変更内容	保険・転居・振込口座・その他()					
変更年月日	年 月 日					
喪失内容	転出・死亡・その他()					
喪失年月日	年 月 日					
相続人選任	氏名	<input type="checkbox"/> 送付先氏名と同じ		住所	<input type="checkbox"/> 送付先住所と同じ	
		(受給者との続柄)			〒	
再交付	破損・亡失					

- 上記のとおり 変更・喪失が生じたので、受給者証を添えて届出ます。
 相続人を選任したので、以後の振込は上記口座をお願いします。
 受給者証を破損・亡失したので、再交付を申請します。

年 月 日

ふじみ野市長 宛て 住所 〒

届出人

氏名 電話番号
(受給者との続柄)