

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	死亡の場合、相続人選任者の口座を記入してください。				
	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	<input type="checkbox"/> 口座番号			
	口座名義人	(カタカナ)	成年後見人や保佐人を指定した場合は、それと分かる書類を添付してください。		受給者との続柄	
送付先氏名					受給者	
送付先住所		死亡の場合は、必ず記入してください。		保険変更の場合、被保険者証に記載のある「認定日」「認定年月日」「資格取得日」等を記入してください。		
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		死亡の場合は、必ず記入してください。				
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・喪失が生じたため、受給者証を返却し、届出ます。
 - 相続人を選任し、破損の場合は、古い受給者証を返却していただきます。
 - 受給者証を破損・亡失したため、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

)