

重度障がい者医療費受給資格（変更・再交付・喪失）届出

医療受給者番号						
		新規（変更・喪失・再交付）	変更前	事由		
(フリガナ) 氏名				1 変更氏名 ☐ の変更		
				☐ 転居		
生年月日		生		☐ 医療保険の変更		
住所				☐ その他 ()		
				上記事由発生年月日 ()		
医療保険 加入状況		(被保険者、組合員又は世帯主の氏名)		2 喪失 ☐ 死亡		
		(被保険者、組合員又は世帯主の住所)		☐ 転出		
				☐ その他 ()		
		(被保険者又は組合員証の記号番号)		上記事由発生年月日 ()		
		(保険者の名称)		3 再交付 ☐ なくした		
		(保険者番号)	(保険者番号)	☐ やぶれた		
		(保険者の所在地)		☐ その他 ()		
障がい状況		次の書類のとおり。			上記事由発生年月日 ()	
		☐ 国民年金証書 (級)				
		☐ 身体障害者手帳 (級)				
		☐ 障害認定証明書 (級)				
		☐ その他 ()				
上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。						
年 月 日						
住所： (居住地)						
氏名：						
電話：						
宇美町長 殿						