

障害者医療費受給者証交付申請書兼
障害者医療費受給資格等変更・喪失届

新規
変更
喪失



*該当するものを○で囲む

受給者番号

505-

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

住所 瀬戸市

申請者

氏名

(受給資格者)

(※転出は新住所)

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

電話 (0561) - □本人 □記入者 □その他

携帯 () - □本人 □記入者 □その他

記入者

(記入者が受給資格者の場合は記入不要)

氏名

続柄

私は、瀬戸市長が医療受給資格等の確認のため、公簿の閲覧をすることについて同意します。

また、保険者に医療給付内容等の確認をすることに同意し、下記のとおり申請（届出）します。

新規	申請事由 (□にレ印)	<input type="checkbox"/> 身体障害者1～3級 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害4級 <input type="checkbox"/> 進行性筋萎縮症4～6級 <input type="checkbox"/> 知的障害A・B <input type="checkbox"/> 自閉症状群(診断書)	級
変更	変更事由	<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 級変更(→ 級) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 市内転居	
喪失	喪失事由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <input type="checkbox"/> その他() (年 月 日死亡・転出・開始・該当等) (後期高齢者医療被保険者番号)	
受給者	□申請者と同じ	氏名	男・女
		生年月日	S・H・R 年 月 日
異動年月日	年 月 日 取得・変更・喪失		
	証有効期限	年 月 日から 年 月 日まで	
母子家庭等医療該当者	精神又は身体の障害1・2級で、配偶者・18歳以下の児童がある場合は記載する		
	配偶者	子	子

受給者証	受付	審査	入力	点検
	<input type="checkbox"/> 窓口で交付済(年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 未交付 郵送(年 月 日発送済)				
年 月 日 回収・後日郵送				

※ 注意1 新規・変更は『被保険者(又は組合員)加入資格の確認ができる書類の写し』を必ず裏面に添付してください。

2 『身体障害者手帳または療育手帳の写し』を必ず裏面に添付してください。

令6.12改