

後期高齢者福祉医療費受給者証交付・更新申請書兼後期高齢者福祉医療費受給資格等変更・喪失届出書

新規変更喪失

\*該当するものを○で囲む



受給者番号

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

受給資格者 (申請者)

住所

氏名

生年月日 年 月 日

電話 (0561) - □本人□記入者□その他

携帯 ( ) - □本人□記入者□その他

記入者氏名 (受給資格者本人の場合は不要)

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。
後期高齢者医療高額療養費に該当し、その支給額が瀬戸市後期高齢者福祉医療費給付事業の給付相当額あるときは、後期高齢者医療高額療養費の支給を申請し、その支給金額の受領を、瀬戸市長に委任します。
後期高齢者福祉医療費受給者としての資格要件に該当しなくなった場合は、遅滞なく届出します。

Table with columns for application type (New, Change, Loss), reason, date of change, insurance info, disability status, and delivery details.