

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 齢・疔・脚 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であるときは、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。

新規	申請事由 ( <input type="checkbox"/> にレ印)	<input type="checkbox"/> 心身障害 <input type="checkbox"/> 精神 (手帳1・2級) <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 精神 (措置入院) <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> ねたきり・認知症 (要介護4・5) <input type="checkbox"/> ねたきり・認知症 (要介護3主治医意見書)						
変更	変更事由	<input type="checkbox"/> 取得事由変更 (            ⇒            ) <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 級変更 ( ⇒ ) <input type="checkbox"/> 受給者証有効期間更新 <input type="checkbox"/> その他 (            )						
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"/> その他 (            ) (            年            月            日死亡・転出・開始・有効期限切れ等)						
異動年月日		年 月 日 取得・変更・喪失						
保 険		愛知県後期高齢者医療広域連合			番号			
障 害 の 状 況	身体障害者手帳	程度	級	番号			交付日	
	療育手帳	程度		番号			交付日	
	精神障害者手帳	程度	級	番号			有効期間	
	介護保険証	程度	要介護	番号			有効期限	
<b>受給者証</b> <input type="checkbox"/> 窓口で交付済 (    年    月    日) <input type="checkbox"/> 未交付 郵送 (    年    月    日) 旧受給者証    年 月 日 回収・後日郵送					受 付	審 査	入 力	点 検