

公費番号	受付	係
受給者番号		

福祉医療受給資格変更 申請書

受給者

(あて先
宝塚市福祉医療係)

申請者欄に、申請者の氏名・電話番号・住所をご記入ください。

記入をした日付

年 月 日

氏名:	受給者との関係()
届出者・申請者	
TEL:	
[<input type="checkbox"/> 職権処理]	<input type="checkbox"/> 受給者住所と同じ
住所:	

変更事由	<input type="checkbox"/> ①下記②部の変更 登録内容の変更箇所を朱書訂正してください。 <input type="checkbox"/> ②その他の変更 ⇒()	証の修正 <input type="checkbox"/> 手書き修正済 <input type="checkbox"/> 新証送付希望
------	--	--

再交付の事由にチェックを入れてください。	証回収日
年月日 / /	/ /
	<input type="checkbox"/> 未回収

再交付事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	--

住記上の変更	本人	カナ 氏名	生年 月日	.	.
		住所			
	扶養者	カナ 氏名	生年 月日	.	.
		住所			
	・配偶者	カナ 氏名	月日	.	
	・扶養者の配偶者	住所	<input type="checkbox"/> 受給者住所と同じ		

再交付を希望される受給者の、氏名・フリガナ・生年月日・住所をご記入ください。

【郵送での申請方法について】
 上記の枠内の項目にもれなく記入をしてください。
 必ず再交付を希望される方の氏名が記載された健康保険証のコピーを添付し、以下のあて先に郵送してください。
 受給者証は、申請書類到着後一週間ほど受給者のご住所あてに送付します。

〒665-8665 宝塚市東洋町1番1号
 宝塚市役所 医療助成課 福祉医療係
 (TEL0797-77-2064)