

公費番号	受付	係
受給者番号		

福祉医療受給資格変更・喪失届出書

受給者証再交付申請書

(あて先) 宝塚市長

宝塚市福祉医療費の助成に関する条例の規定にもとづき、下記のとおり届出・申請いたします。

年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_ 受給者との関係( )

届出者・申請者

TEL: \_\_\_\_\_

職権処理

〒 - \_\_\_\_\_  受給者住所と同じ

住所: \_\_\_\_\_

変更事由	<input type="checkbox"/> ①下記 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
喪失事由	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 市外転出		証回収日 /	
	<input type="checkbox"/> 生活保護適用	<input type="checkbox"/> その他( )			
	発生年月日 / /			<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	<input type="checkbox"/> 受給者住所と同じ		
	・配偶者 ・扶養者の配偶者	カナ氏名	生年月日	. .	
		住所	<input type="checkbox"/> 受給者住所と同じ		
□ 医療保険	被保険者	氏名			
		住所	<input type="checkbox"/> 受給者住所と同じ		
	保険者	記号	番号	資格取得日	
		保険者名称	保険者コード		
□ 障害状況	手帳区分	等級	手帳診断日 又は 交付日	有効期限(精神の場合)	
	身体				
	知的				
	精神				

以下は記入しないでください。

処理欄	申請事由	事由発生日	助成開始日	助成終了日	証交付方法 <input type="checkbox"/> 郵送(月 日) <input type="checkbox"/> 手渡し
	資格取得日	資格喪失日	備考		

【HPダウンロード用】