

第3号様式(第9条、第15条関係)

個人番号				受給者番号			
後期高齢者福祉医療費受給者証再交付申請書 後期高齢者福祉医療費受給資格等変更・喪失届							
蒲 郡 市 長 殿						年 月 日	
				住所 受 給 者 氏名 (家族等) 受給者との続柄 () 電話 ()			
次のとおり				〔再交付の申請 変更・喪失の届出〕をします。			
変 更 後				変 更 前		事 由	
受 給 者	住 所					<変 更> ☐ 住 所 ☐ 氏 名 ☐ 住所地特例 (住所・保険) ☐ 等 級 級→ 級 ☐ 認定区分 変更年月日 (. .)	
	氏 名						
	生年月日	年 月 日					
保 険 の 加 入 状 況	被保険者	住所	☐ 受給者に同じ			<喪 失> ☐ 転 出 ☐ 死 亡 ☐ 生保開始 ☐ そ の 他 [] 事由発生年月日 (. .) 受給者証回収 (. .) <再 交 付> ☐ 紛 失 ☐ 汚損(破損) ☐ 盗 難 状況 [] 再交付年月日 (. .)	
		氏名	☐ 受給者に同じ				
	被保険者 番 号						
	保険者の 名 称						
	保険者の 住 所						
認 定 区 分	1 結核勧告入院 2 精神措置入院 3 戦傷病者 4 母子家庭等 5 心身障害者 6 精神障害者 7 精神通院 8 寝たきり・認知症 9 独り暮らし			1 結核勧告入院 2 精神措置入院 3 戦傷病者 4 母子家庭等 5 心身障害者 6 精神障害者 7 精神通院 8 寝たきり・認知症 9 独り暮らし			
	1 戦傷病者手帳 [手帳番号第 号 交付年月日 . .] 障害の程度() 2 身体障害者手帳(1・2・3・4・5・6)級 [手帳番号第 号 交付年月日 . .] 種類() 3 療育手帳(A・B) [手帳番号第 号 判定年月日 . . 次期判定年月 . .] 4 精神障害者保健福祉手帳(1・2)級 [手帳番号第 号] [交付年月日 . . 有効期間 . . ~ . .] 5 自立支援医療受給者証 受給者証番号 [] [有効期間 . . ~ . .] 6 介護保険被保険者証 要介護状態区分等() [認定の有効期間 . . ~ . .] 7 その他()						
備 考							