

受給者番号

精神障害者医療費受給者証再交付申請書
精神障害者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
(家族等)氏名
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> <input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> 保 険 <input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> 等 級 <input type="checkbox"/> 医療機関 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 | <input type="checkbox"/> 受給者に同じ | <input type="checkbox"/> 受給者に同じ | <喪 失> <input type="checkbox"/> 転 出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保等開始 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療該当 <input type="checkbox"/> その 他 () 事由発生年月日 (. .) 受給者証回収 (. .) |
| | | 氏 名 | 受給者との続柄() | 受給者との続柄() | |
| | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | 記号・番号 | 記号 番号 枝番 | 記号 番号 枝番 | | |
| | 保 険 者 名 称 | | | | |
| | 保 険 者 住 所 | | | | |
| 指定自立支援医療機関 | | | | <再 交 付> <input type="checkbox"/> 紛 失 <input type="checkbox"/> 汚損(破損) <input type="checkbox"/> 盗 難 状況[] 再交付年月日 (. .) | |
| 障害区分 | 1 自立支援医療受給者証 受給者証番号() 有効期間 年 月 日～ 年 月 日 2 手帳(1 ・ 2)級 手帳番号() 交付年月日 年 月 日 有効期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| 備考 | | | | | |