

		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> <input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> 住所地特例 (住所・保険) <input type="checkbox"/> 等 級 級→ 級 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ	<喪 失> <input type="checkbox"/> 転 出 <input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> そ の 他 [. . .] 事由発生年月日 (. .) 受給者証回収 (. .)
		氏名	<input type="checkbox"/> 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	1 結核勧告入院	<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 (. .)	
	2 精神措置入院	2 精神措置入院		
	3 戦傷病者	3 戦傷病者		
	4 母子家庭等	4 母子家庭等		
	5 心身障害者	5 心身障害者		
	6 精神障害者	6 精神障害者		
	7 精神通院	7 精神通院		
	8 寝たきり・認知症	8 寝たきり・認知症		
	9 独り暮らし	9 独り暮らし		
手 帳 番 号 等	1 戦傷病者手帳 [手帳番号第 号 交付年月日 . .] 障害の程度()		状況 [. . .] 再交付年月日 (. .)	
	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				