

様式第5号(第9条・第10条関係)

		受給者証 記号番号		
障害者医療費受給資格等		〔変更〕 〔喪失〕		届
				年 月 日
(宛先)愛西市長				
		住所		
		申請者 氏名		
下記のとおり、申請いたします。				
区	分	変更後	変更前	事由
受給者	住所			1 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 医療保険加入 状況の変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生 年月日 2 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他市町村へ転 出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療 の確保に關す る法律資格取 得 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生 年月日 ()
	ふりがな 氏名			
加入医療保険等	被保険者等	氏名		
		続柄		
	住所			
	被保険者証等 の記号番号			
	保険者名	<保険者番号 >		
	所在地			
	給付の内容 (附加給付等)			
その他()				
備考				

※該当する□の中にレ印を記入してください。