

制度

乳幼児 子ども ひとり親家庭（親・児童）

変

喪

再

福祉医療費受給者証変更（喪失）届兼再交付申請書

宇部市長様

年 月 日

届出者（申請者）〒

住 所 宇部市

氏 名

Ⓜ

（電話

）

下記のとおり、{ 資格変更・喪失・再交付（該当するものに○） } を届出（申請）します。

| 受 給 者 氏 名      |   | 生 年 月 日                        |        | 受 給 者 番 号 |                       |
|----------------|---|--------------------------------|--------|-----------|-----------------------|
|                |   | . .                            |        | -         |                       |
|                |   | . .                            |        | -         |                       |
|                |   | . .                            |        | -         |                       |
|                |   | . .                            |        | -         |                       |
| 変<br>更         | 住 所   | 新住所 宇部市                        |        |           |                       |
|                |   | 旧住所 宇部市                        |        |           |                       |
|                |   | 世帯構成の変更 { 有 ・ 無 } ※同住所別世帯の人を含む |        |           |                       |
|                | 氏 名   | 新氏名                            |        |           |                       |
|                |   | 旧氏名                            |        |           |                       |
|                | 保 険   | 記号・番号                          |        | 資格取得日     | 年 月 日                 |
| 被保険者氏名         |   | (続柄)                           | 被保険者住所 | (別居の場合のみ) |                       |
| 保険者名称          |   |                                | 保険者番号  |           |                       |
| 喪失             | <input type="checkbox"/> 転出（転出先： _____）<br><input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他の福祉医療受給 {ひとり親家庭・重度医療} <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 死亡<br><input type="checkbox"/> 監護しなくなった <input type="checkbox"/> ひとり親家庭でなくなった <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |                                |        |           |                       |
| 再交付            | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難<br><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）  |                                |        |           |                       |
| 事由発生年月日（喪失年月日） |   |                                | 年 月 日  |           | ※資格喪失日は事由発生日の前日（例外あり） |

|                    |  |
|--------------------|--|
| 住所氏名変更（乳・子）        | <input type="checkbox"/> 住記確認 <input type="checkbox"/> 受給者証書換 ※所得対象者変更のときは交付申請書を提出   |
| 住所氏名変更<br>（ひとり親家庭） | <input type="checkbox"/> 住記確認（ <u>同住所確認</u> ） ※扶養義務者変更の場合は交付申請書を提出<br><input type="checkbox"/> 受給者証書換 <input type="checkbox"/> 児童別居 { 市内・県内 } → <input type="checkbox"/> 別居監護申立書 |
| 保険変更               | <input type="checkbox"/> 保険証確認（受給者全員）  |
| 資格喪失               | <input type="checkbox"/> 証回収または有効期限書換 { 済・未 }  |
| 資格喪失（ひとり親家庭でなくなった） | <input type="checkbox"/> 同居日（ _____ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 住民票異動日（ _____ 年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 婚姻日（ _____ 年 月 日） ※喪失日はいずれか一番早い日の前日                         |
| 再交付                | <input type="checkbox"/> 再交付 { 済・郵送 } <input type="checkbox"/> 本人確認（免・保・マ・パ・ _____ ）   |

入力（交付）

. .

受付

. .