

函館市重度心身障害者医療費受給資格喪失・変更届

令和 6年 12月 2日

記載例

函 障がいのある方（未成年は保護者）の住所、氏名等を記載して下さい。

住所 函館市 東雲 町 丁目 4 番 1 号 (番地)

届出者 氏名 函館 太郎

電話 21-3187

次のとおり重度心身障害者医療費の受給資格の喪失(変更)について届け出ます。

受給者	受給者証の受給者番号	6 1 2 3 4 5 6	生年月日	大正・昭和 平成・令和	38年	1月	1日							
	氏名	函館 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0
喪失	喪失事由の発生日	令和 年 月 日	事由	21 生保開始	22 転出	23 死亡								
				24 等級変更	25 障老移行	32 制度移行								
喪失	喪失年月日	令和 年 月 日	※受給者証回収年月日	令和 年 月 日										
	区分	変更後	変更前											
変更	被保険者の氏名	函館 太郎					函館 太郎							
	被保険者の住所	(番地) 函館市 東雲 町 丁目 4 番 1 3 号					(番地) 函館市 東雲 町 丁目 4 番 1 3 号							
	種別	01 国保 02国退本 03国退扶 04国保組合 05協会健保	01 国保 02国退本 03国退扶 04国保組合 05協会健保											
	記号・番号	21010203	123	函	987654									
	任意継続の有効期間	年 月 日～ 年 月 日					年 月 日～ 年 月 日							
	保険者の名称	全国健康保険協会 北海道支部					函館市国民健康保険							
	保険者番号	0	1	0	1	0	0	1	6	0	1	0	0	2
事項	主たる生計維持者	氏名												
	個人番号													
	住所													
	扶養人数	人(うち老人 人)					人(うち老人 人)							
	所得額	円					円							
障害の程度														
自己負担						助成無								
変更年														

記載不要

裏面もあります。

注 ※印欄は、

※変更事

※備

区分変更

該当

# 同意書

当該申請を行う私および当該申請に係る主たる生計維持者（函館市重度心身障害者医療費助成条例施行規則（昭和48年函館市規則第34号）第2条第5号に規定する主たる生計維持者をいう。以下「主たる生計維持者」という。）である私は、函館市重度心身障害者医療費助成条例（昭和48年函館市条例第12号）第4条第1項の規定による受給資格の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務、同条例施行規則第5条の規定による受給者証の更新に係る事実についての審査に関する事務および同条例第8条の規定による資格の喪失または申請事項の変更の届出に係る事実についての審査に関する事務に必要な場合は、函館市が、私および私と同一の世帯に属する者、ならびに当該申請に係る主たる生計維持者の必要な年度の地方税関係情報、住民票関係情報、健康保険資格関係情報および生活保護関係情報について調査することに同意します。

また、医療保険各法の規定による高額療養費および高額介護合算療養費（以下「療養費」という。）、付加給付金に関する事務に必要な場合は、函館市が、同条例第2条第1項第3号に規定する医療費の助成を受給する私、および私と同一の医療保険に加入する者の収入および市町村民税について調査することに同意するほか、次の①と②に関する一切の権限を函館市長に委任することに同意します。

- ①当該療養費もしくは付加給付金の受領に関する一切の権限
- ②当該療養費もしくは付加給付金の支給申請の添付書類として、私、および私と同一の医療保険に属する者に係る所得（課税）証明書が必要な場合は、当該証明書の交付申請および受領に関する一切の権限

申請者の氏名 函館 花子 印

主たる生計維持者の氏名 函館 太郎 印

印

印

4ヶ所に、押印してください。

申請者と同じ世帯の方を記入してください。  
個人番号をそれぞれ記入してください。

## 申請者と同一世帯員

申請者と同一世帯員	(ふりがな) 氏名	住所		
	函館 二郎	函館市東雲町4番13号	0	1
函館 鈴子	函館市東雲町4番13号	1	2	

## 証受領確認（代理申請者含む）

新たに発行された受給者証を受け取りましたら署名ください。

代理申請の方の場合は  
氏名・関係性・連絡先を  
記入ください。