

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 0	被保険者との続柄		本人 主たる生計維持者との続柄 本人	
喪失	喪失事由の発生日	H・R 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		
	喪失年月日	H・R 年 月 日	※受給者証回収年月日	令和 年 月 日				
変更事項	区分	変更後			変更前			
	医療保険	被保険者の氏名						
		被保険者の住所	(番地) 函館市 町 丁目 番 号			(番地) 函館市 町 丁目 番 号		
		種別	01 国保 02国退本 03国退扶 04国保組合 05協会健保 06 船員 07日雇 08健保 09共済 10後期高齢	01 国保 02国退本 03国退扶 04国保組合 05協会健保 06 船員 07日雇 08健保 09共済 10後期高齢				
	記号・番号							
	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							
保険者番号								
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								
自己負				助成無				
変更年								
注 ※印欄は、								
※ 変更事				間変更				
※ 備				該当 非該当				

記載不要