

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	H・R	年月日	事由	21 生保開始	22 転出	23 死亡							
		喪失年月日	H・R	年月日	※受給者証回収年月日	令和	年	月	日					
			24 等級変更	25 障老移行	32 制度移行									
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												
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