受給資格変更（喪失）届

　　　　年　　月　　日

泉　南　市　長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　 　届出人　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　続柄（対象者の）　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療証受給者番号

下記のとおり変更しましたので届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受　給　医　療 | 重度障害者医療　 |
| 資　　格　　変　　更 | 変　更　項　目 | 変　　　　更　　　　後 | 変　　　　更　　　　前 |
|  1 | 対象者 |  |  |  |
|  2 |  |  |  |
|  3 | 保護者 |  |  |  |
|  4 |  |  |  |
|  5 | 加 入 医 療 保 険 |  | 協・組・日・船・共・国・後 | 協・組・日・船・共・国・後 |
|  6 | 発行機関の名称 |  |  |
|  7 |  |  |  |
|  8 |  | 有　・　無（　　　　） | 有　　・　　無 |
|  9 |  |  |  |
| 10 | 世帯主・被保険 |  |  |
| 11 | 世帯主・被保険 |  |  |
| 12 | 資 格 取 得 日 |  　　　年　　　月　　　日 | 　 　　年　　　月　　　日 |
| 13 | 障 害 | 身体障害の程度 |  |  |
| 14 | 身体障害の種別 |  |  |
| 15 | 知的障害の程度 | 重　度　・　中　度　・　軽　度 | 重　度　・　中　度　・　軽　度 |
| 16 | 精神障害の程度 | １　・　２　・　３ | １　・　２　・　３ |
| 資格喪失 | 変更（喪失）の事由 | ア．転出　　　　　　　　　　　　　イ．死亡ウ．生活保護受給開始　　　　　　　エ．他の医療費公費負担制度へ移行オ．保険資格喪失　　　　　　　　　カ．等級変更（　　　　→　　　　）キ．婚姻　　　　　　　　　　　　　ク．その他（　　　　　　　　　　） |
| 変更（喪失）年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

* 該当する番号および事項を○で囲み該当空欄に必要事項を記入してください。