

障害者医療受給資格 変更・喪失 届

(あて先) 豊中市長

次のとおり変更・喪失しましたので届けます。

(同意欄)

届出内容の確認のため、受給者に係る住民税課税台帳の所得情報、医療保険の資格情報、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳および各種公費負担制度の資格情報を市が調査することに同意します。

☐ 同意欄の内容を確認しました。 年 月 日

受付者	
受 付	

(受給者)

住 所											
氏 名											
生年月日	年 月 日			電話番号							
法別	8	0	受給者番号								←障害者医療証に記載の受給者番号を記入してください。

(届出・申込者) ※受給者と同じの場合は記入不要

住 所										
氏 名					続柄		電話番号			

異動年月日	年 月 日									
届出理由	変 更					喪 失				
	☐ 保険変更(①へ) ☐ 市内転居(②へ) ☐ 住所地特例施設への転出(②へ) ☐ 住所地特例施設からの転入(②へ) ☐ 氏名変更(③へ) ☐ その他(④に理由を記入)					☐ 市外転出(②へ) ☐ 死亡 ☐ 生活保護開始 ☐ 等級変更(級 → 級) ☐ その他(④に理由を記入)				

① 健康保険の変更 【変更前】 【変更後】

保険者番号																
記号・番号	記号				番号				記号				番号			
喪失・取得	年 月 日 喪失								年 月 日 取得							

② 住所の変更

住 所	【変更前】
	【変更後】

③ 氏名の変更 【変更前】 【変更後】

氏 名		
-----	--	--

④ その他

変更・喪失事項	
---------	--