

子ども  
障害者  
精神障害者

医療費

〔 受給者証交付(再交付・更新)申請書  
受給資格等新規・変更・喪失届 〕

受給者番号

|                  | 新 規 ( 変 更 ・ 喪 失 )  |             | 備 考                  | 事 由  |
|------------------|--|-------------|----------------------|--|
| (ふりがな)<br>氏 名    |  | 男<br>・<br>女 |                      | 1 新 規<br><input type="checkbox"/> 出生<br><input type="checkbox"/> 転入<br><input type="checkbox"/> 障がい者の認定<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>上記の事由発生年月日<br>( . . )    |
| 生年月日             | 年 月 日生   |             |                      |  |
| 住 所              | 東郷町  |             | 〔 下記住所に同じ 〕          | 2 変 更<br><input type="checkbox"/> 氏名の変更<br><input type="checkbox"/> 転居<br><input type="checkbox"/> 医療保険の変更<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>上記の事由発生年月日<br>( . . ) |
| 医 療 保 険<br>の加入状況 | (被保険者、組合員、又は世帯主の氏名)<br><br>続柄( )   |             | 〔 別紙 保険証写し<br>参照 〕   | 3 喪 失<br><input type="checkbox"/> 死亡<br><input type="checkbox"/> 転出<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者移行<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>上記の事由発生年月日<br>( . . )    |
|                  | (被保険者証又は組合員証の記号番号)   |             |                      |  |
|                  | (保険者の名称)<br><br>保険者番号( )   |             |                      |  |
|                  | (保険者の所在地)  |             |                      |  |
| 障がい区分            | 1 身体障害者、精神障害者手帳 級)<br>2 腎臓機能障害 4級<br>3 進行性筋萎縮症 4～6級<br>4 IQ 50以下(A・B)<br>5 自閉症 |             | 〔 別紙 身障手帳等<br>写し参照 〕 | 4 再交付<br><input type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> 破損<br><input type="checkbox"/> 汚損<br>再交付年月日<br>( . . )  |

上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。

年 月 日

住 所 東郷町

東 郷 町 長 殿

氏 名  
電話番号

( 自宅 ・ 携帯 )

備考 該当する□の中にレ点をつけてください。

処理確認者