

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) 氏 名			1 新 規 ☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 障がい者の認定 ☐ その他() 上記の事由発生年月日 (. .)												
個人番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
生年月日	年 月 日生														
住 所	東郷町	[下記住所に同じ]	2 変 更 ☐ 氏名の変更 ☐ 転居 ☐ 医療保険の変更 ☐ その他() 上記の事由発生年月日 (. .)												
医 療 保 険 の加入状況	(被保険者等の氏名) 続柄()	別紙 保険証写し 参照 []	3 喪 失 ☐ 死亡 ☐ 転出 ☐ 後期高齢者移行 ☐ その他() 上記の事由発生年月日 (. .)												
	(被保険者等の個人番号)														
	(被保険者等の住所)														
	(被保険者等記号・番号)														
	(保険者の名称) 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) 2 腎臓機能障害 4級 3 進行性筋萎縮症 4～6級 4 IQ 50以下(A・B) 5 自閉症	[別紙 身障手帳等 写し参照]	4 再交付 ☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 再交付年月日 (. .)												
上記のとおり関係書類を添えて(申請・届出)いたします。 なお、受給資格確認のため、医療保険の加入状況等について、公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)の確認をすることに同意します。 年 月 日 住 所 氏 名 電話番号 (自 宅 ・ 携 帯) 東 郷 町 長 殿															

備考	該当する□の中にレ点をつけてください。	処理確認者	
----	---------------------	-------	--