

令和 年 月 日

心身障害者医療費助成変更届

係 員

（宛先） 榑原市長

下記のとおり届出します。

住所 榑原市

届出者

氏名

受給者番号		生年月日		昭和・平成 令和 年 月 日生		性別	男・女	制度	1 県単 2 市単
変更前	フリガナ	※宛名コード		変更後	フリガナ				※宛名コード
	受給者名				受給者名				
	住 所	榑原市			住 所	榑原市			
医療種別コード		変更・喪失理由 （異動事由）	<input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> 転 出 <input type="checkbox"/> 保 険 喪 失 <input type="checkbox"/> 生活保護の開始 <input type="checkbox"/> そ の 他 <input type="checkbox"/> 氏 名 変 更 <input type="checkbox"/> 住 所 変 更 <input type="checkbox"/> 保 険 変 更 平成 年 月 日 （ 変 更 ・ 喪 失 年 月 日 令和 年 月 日 ）						
8 1									
変更後の加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		フリガナ	※宛名コード	続柄	住 所			
						榑原市			
	記 号 ・ 番 号		保 険 種 別						
			01 協 会 02 日 雇 03 組 合 04 船 員 05 共 済 06 国 保 07 医師歯科 08 中央建設 09 全国建設 10 全国板金業 11 全国土木 12 そ の 他						
	保 険 者 番 号		保 険 者 名			所 在 地			
変更後の手帳		県・府 第 号		種 級 A・B		変更日		平成・令和 年 月 日	
		変 更 後 障 害 種 別	<input type="checkbox"/> 視 覚 <input type="checkbox"/> 聴 覚 <input type="checkbox"/> 平 衡 <input type="checkbox"/> 言 語 <input type="checkbox"/> 上 肢 <input type="checkbox"/> 下 肢 <input type="checkbox"/> 体 幹 <input type="checkbox"/> 心 臓 <input type="checkbox"/> 腎 臓 <input type="checkbox"/> 呼 吸 <input type="checkbox"/> 膀 胱 <input type="checkbox"/> 直 腸 <input type="checkbox"/> 小 腸 <input type="checkbox"/> 免 疫 <input type="checkbox"/> 移 動 <input type="checkbox"/> 肝 臓						
備 考									

※印の欄は記入しないでください。