

福祉医療費受給者証内容変更（資格喪失）届
（重度心身障害者用）

(宛先) 下関市長
 下記のとおり、内容変更（資格喪失）がありましたので届出します。
 年 月 日
 受給者証記号・番号 -

受給者 住 所 下関市
 氏 名 _____ 電話 _____
 個人番号 _____

代理人の場合
 代理人氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____

資格喪失	事由発生日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 死亡（受給者氏名： _____ ） <input type="checkbox"/> 生保開始
	<input type="checkbox"/> 他市町村に転出：転出先住所 _____
	<input type="checkbox"/> 障害要件に該当しなくなった（手帳返還、等級変更等） ※届出日の属する月の末日までは福祉医療適用
	<input type="checkbox"/> その他 _____

内 容 変 更	<input type="checkbox"/> 氏名変更 変更日 年 月 日
	フリガナ _____ 新氏名 _____
	<input type="checkbox"/> 住所変更 変更日 年 月 日
	〒 _____ 新住所 下関市 _____
	<input type="checkbox"/> 障害要件変更 変更日 年 月 日
	旧障害要件（ _____ ） → 新障害要件（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 医療保険変更 変更日(新保険資格取得日) 年 月 日 ※医療保険情報が確認できる書類(写)を添付
	被保険者証 記号 <input type="checkbox"/> 山1 _____ 番号 _____
	被保険者 (国保の場合は世帯主) 氏名 <input type="checkbox"/> 受給者と同じ _____ (続柄 _____)
	保険者 名称 <input type="checkbox"/> 下関市国保 保険者番号 _____
※新保険が国保の場合この欄も記入 この申請に係る福祉医療費受給者証の有効期間に受けた療養の給付について、高額療養費が生じたときは、その申請及び受領について下関市長に委任します。 年 月 日 国 保 世帯主氏名 _____	

以下の欄は記入しないでください。

受付 処理 欄	証書換	<input type="checkbox"/> 転出→ <input type="checkbox"/> 回収または <input type="checkbox"/> 終期を転出予定日に書換
		<input type="checkbox"/> 障害要件に該当しなくなった→終期を届出日の属する月の末日に書換
		<input type="checkbox"/> 氏名変更、住所変更→新氏名、新住所に書換
受付者	障害者支援課（ _____ ）	（ _____ ）総合支所・（ _____ ）支所 担当者（ _____ ）
障害者支援課担当処理欄		<input type="checkbox"/> 入力