

母子・父子等医療費受給資格 変更（喪失）届兼再交付申請書

<受給資格者>（変更対象となる方）

氏 名		生年月日	個人番号									
1	フリガナ	年 月 日										
			受給者番号									
2	フリガナ	年 月 日										
	□世帯全員を対象とする（監護者のみ記入）		受給者番号									
3	フリガナ	年 月 日										
			受給者番号									
4	フリガナ	年 月 日										
			受給者番号									

<変更する事項>（変更があった項目の□にレをつけ、変更内容を記入してください。）

<input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更後) □受給者と同じ (記入不要) □届出者と同じ (記入不要)			変更日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 保険変更	□情報照会 □被保険者等であることを確認できる書類		国・国組・協 健・共・日・船	変更日	年 月 日
	被保険者 氏 名	□受給者と同じ (記入不要)	被保険者 個人番号		
<input type="checkbox"/> 口座変更	□公金受取口座を利用する □通帳又はキャッシュカード等の写し			届出日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 喪失	理 由	□ 婚姻（事実婚を含む） □ 子の非監護 □ 施設入所 □ 生活保護の受給開始・再開 □ 重心医療適用 □ その他（ ）		喪失日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 再交付	理 由	□破損 □汚損 □紛失 □その他（ ）		交付日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 第三者行為	□関係書類を添えて第三者行為に該当していることを申し出ます。				

<届出者>（受給資格者本人 又は 保護者）

都城市長 宛て		(届出日) 年 月 日				
上記のとおり、申請内容に変更（喪失）等がありましたので届け出ます。						
氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日			
			個人番号			
			電話番号			
住所	都城市		続柄	受給者から見て		

都城市使用欄

本人確認	
1点確認書類	□マイナンバーカード □免許証 □その他（ ）
2点確認書類	□資格確認書 □介護被保険者証 □医療受給者証 □学生証・社員証(写真付) □その他（ ）
入力・受給資格証交付	
□ 入力（ / 済） □ 窓口交付 □ 後日郵送（郵送日 / 済） □ 手修正（ / 済）	