様式第5号(第9条関係)

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 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 受給者番号 |
| ２ | ﾌﾘｶﾞﾅ | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 受給者番号 |
| ３ | ﾌﾘｶﾞﾅ□世帯全員を対象とする（監護者のみ記入） | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 受給者番号 |
| ４ | ﾌﾘｶﾞﾅ | 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。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ■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 |
| ■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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ■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 |
| ■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 |
| ■再交付 | 理　由 | □破損　□汚損　□紛失　□その他（　　　　　　　） | 交付日 | 　年　月　日 |
| ■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 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 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） |