

乳幼児等医療費受給者証再交付申請書・異動届

長万部町長 様

令和 年 月 日

下記のとおり再交付申請・異動の届け出をします。

異動	変更	資格喪失		再交付		1 世帯全部	2 世帯一部	届出人	異動日 令和 年 月 日	
	氏名・住所 保険の変更	転出・生保開始・死亡 その他・所得制限該当		破損・汚損 紛失・その他					印	
住所	現在の住所	長万部町字						世帯主		
	今までの住所	長万部町字						世帯主		
勤務先	勤務先名					自宅電話番号				
	所在地					勤務先電話				
健康保険	保険の種類	1 国保(一般・退職) 2 共済 3 健保組合 4 国保組合 5 協会健保 6 その他				給付割合		入院 割・通院 割		
	保険者名称					保険者番号				
	記号番号					付加給付		有 ・ 無		
	被保険者名	(続柄)				保険該当日		令和 年 月 日		
氏 名		生 年 月 日		性 別	続 柄	受 給 者 番 号		備 考		
		年 月 日		男・女						
		年 月 日		男・女						
		年 月 日		男・女						
		年 月 日		男・女						
		年 月 日		男・女						
※ 所 得 状 況		年 分								
※ 処 理 欄	課 長		主 幹		係 長		係		年 月 日	令和 年 月 日
	1 上記内容を審査の結果、適当と認めたので再交付・異動処理する。									受 付
	2 再交付申請を却下する。(理由)									
	備考									
	変 更 年 月 日		受 給 者 台 帳 整 理		済 ・ 未		令和 年 月 日			
令和 年 月 日		受 給 者 証 訂 正 ・ 回 収		済 ・ 未		令和 年 月 日				

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。