

ひとり親家庭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の申請・異動の届け出をします。

異動	変更	資格喪失	再交付	1	2	届出人	異動日 令和 年 月 日			
	氏名・住所 保険証・その他	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	世帯全部	世帯一部		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					勤務先電話番号				
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					
	被保険者名	(続柄)			付加給付		有 ・ 無			
	記号番号				保険該当日		平成 年 月 日			
ふりがな 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 円 (町民税 課税・非課税) 該当 非該当 その他								
※ 処理欄	課長		参事		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。 2 再交付申請を却下する。									受 付
	変 更 年 月 日		受給者台帳整理		再 交 付 月 日		払出簿整理		受給者証変更回収	
	令和 年 月 日		未・済		令和 年 月 日		未・済		未・済	

注 申請者は※欄は記入しないでください。