高齢重度障害者医療費助成受給資格「内容変更届」兼「喪失届」

申請日：令和　　年　　月　　日

次のとおり医療費助成資格の内容に変更が生じましたので、届け出ます。

太枠内をご記入ください

神戸市　　区長 宛

	受給者番号								後期高齢被保険者番号								
受給者	氏名								生年月日	大・昭　年　月　日							
	住所	区							連絡先	－　－ ※平日の日中に連絡がつく電話番号（携帯等）							

※住所又は氏名変更の場合、旧住所・旧氏名でご記入ください。

届出人				
	☐ 受給者と同じ（受給者と同じ場合は以下記入不要）			
	氏名（ 続柄 ）	（　　）	連絡先	－　－ ※平日の日中に連絡がつく電話番号（携帯等）
	住所	☐ 上記住所と同じ		

事由発生日	平成・令和　　年　　月　　日（転出の場合は転出〔予定〕年月日）		
変更事由	変更後内容	**喪失事由**	喪失後内容
☐ 氏名変更		☐ 死亡	
☐ 区内転居	☐ 下記新住所のとおり	☐ 市外へ転出	☐ 下記新住所のとおり
新住所（転出・転居先）	☐ 住民異動届に記載のとおり　〒　－		
☐ 保険変更	**健康保険証のコピーを添付してください**	☐ 生活保護開始（停止解除）	**適用証明書等のコピーを添付してください**
☐ 障害状況変更	**手帳等のコピーを添付してください**	☐ 障害状況軽減	**手帳等のコピーを添付してください**
☐ 扶養義務者変更 ☐ 配偶者変更	氏名 （受給者との続柄：　　） 生年月日　大・昭・平　年　月　日 住所　〒　－	☐ その他	
☐ 口座変更	☐ 下記振込先口座のとおり		
☐ 振込通知先変更	☐ 下記振込通知先のとおり		

変更・喪失事由およびその内容

受給者証受領印	

振込先口座	金融機関コード		支店コード		1	2	4	口座番号
	銀行・信金 信組・農協		支店 出張所		普通	当座	貯蓄	
	名義人	フリガナ					続柄	
振込通知先	〒　－ （方書）　　様方　（TEL　－　－　）							

（ 証回収　未・済　令　/　/　，返信用封筒　未・済　令　/　/　，証交付　窓口・郵送　令　/　/　）

事務処理欄	決裁日：令和　年　月　日			公開の状況	受給者証作成	異動入力	受付
	課長	担当係長	係	公開　部分公開　非公開 情報公開条例第10条第1号に該当 分類　17・04・05・04 保存　5年			