

後期高齢者福祉医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 北名古屋市長

住所 北名古屋市

申請者 氏名

電話番号

下記のとおり関係書類を添えて申請（届出）します。

		新規（変更後・喪失）		変更		前		事由							
受給者	フリガナ 氏名							1 新規 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 ()							
	生年月日			男・女											
	住所	北名古屋市													
医療保険の加入状況	被保険者番号							2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 ()							
	保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>													
	保険者の所在地							3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 ()							
認定区分	1 身体・知的障害者等 2 母子家庭等 3 戦傷病者 4 精神措置入院 5 結核勧告入院 6 寝たきり 7 認知症 8 精神障害 9 精神通院 10 ひとり暮らし老人		手帳番号等				4 受給者証回収年月日 ()								
			交付年月日												
			有効期限						5 再交付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損						

処理欄	受付	県市

私は、北名古屋市長を代理人と定め、後期高齢者医療制度における高額療養費の受領権限を委任します。また、市民税課税状況、居住実態、介護認定等について調査を行うことに同意します。

氏名 _____