

受給者証交付申請書
 後期高齢者福祉医療費 受給資格(変更・喪失) 届
 受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先) 北名古屋市長

住 所
 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 番 号									
受給者	フリガナ					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 (. .)									
	氏 名														
	生 年 月 日	年 月 日	男・女												
	住 所														
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 名 ・ 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table>													
保 険 者 の 所 在 地															
認定区分	1 身体・知的障害者等 2 母子・父子家庭 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									