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。

神戸市　　区長 宛

太枠内をご記入ください

	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	ー　ー ※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	ー　ー ※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・喪失事由およびその内容	**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　〒　ー		
	☐ 保険変更	**被保険者証のコピー または【別紙】健康保険情報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　〒　ー	☐ 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		

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	〒　ー （方書）　　様方　（TEL　ー　ー　）													

（ 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			