

重度障がい者医療証交付申請書・異動届・資格喪失届

(提出先) 大阪市長

届出年月日 平成 年 月 日		受給者番号		(申請者) 氏名		届出事由 (該当する番号に○を付けてください)			
いまの住所(転出の場合はこれからの住所) 〒 区 丁目 番 号 方 電話(自宅) (連絡先)						異動理由 15 障がい該当 2 死亡 1 住所変更 3 区間転入 3 区間転出 2 氏名変更 4 市外転入 4 市外転出 3 住所・氏名変更 11 生活保護廃止 11 生活保護開始 4 保険変更 12 国保加入 18 所得制限該当 5 取得日・喪失日変更 14 社保加入 99 その他() 6 定常事項訂正 18 所得制限解除 7 再交付 99 その他() 8 その他() 〔 〕喪失取消(復活) 〔 〕異動保留 〔 〕保留解除	異動年月日 平成 年 月 日		
いままでの住所(転出の場合はいまの住所)				前区又は転出区の受給者番号			再交付理由 1 破れたため 3 失ったため 2 よごれたため 4 その他()		
フリガナ 氏 名		生年月日 (変更前の氏名・生年月日等)		加入医療保険の状況			平成 年分所得税にかかる扶養親族のうち、 16歳以上19歳未満の方		
保険の種類 <input type="checkbox"/> 国民健康保険(一般) <input type="checkbox"/> 国民健康保険(退職) <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療		保険該当日 昭平 年 月 日		被保険者名			氏名 生年月日 年 月 日		
記号・番号 記号 番号		療養附加給付の有無 有・無		特定疾病療養受療証 昭平 年 月 日			審査結果 該当 1 食事あり 非該当 1 所得オーバー 2 訂正 2 回収 2 その他		
保険者番号		食事の減額認定証※2 平 年 月 日		障がい種別 視聴肢内			平成 年 月 日 入力チェック欄 <input type="checkbox"/>		
保険者名		事由 級別・程度 手帳等番号※1 手帳等交付年月日		障がい状況 身 1級 2級 知 重度 合 3級・4級・5級・6級でかつ中度 精 1級 難 障がい年金1級(9号) 特別児童扶養手当1級 意見書			証交付・訂正・回収状況 □、交付 □ 引替交付 □ 訂正 □ 回収		
対象者		明大昭平 年 月 日		喪失年月日 平成 年 月 日			意見書を提出の場合 主治医名		

太線のわく内だけ黒のボールペンで記入してください。

※1 該当する事由の行を記載してください。また、手帳等番号欄は、身…身体障がい者手帳、知…療育手帳、合…身体障がい者手帳及び療育手帳、精…精神障がい者保健福祉手帳、難…特定医療費(指定難病)受給者証又は特定疾患医療受給者証について記載してください。

※2 ご加入の医療保険から交付される食事療養標準負担額減額認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証

同意書

私が申請した重度障がい者医療証交付申請書・異動届・資格喪失届に関し、資格の認定及び医療証更新に必要な公簿を閲覧されることに同意します。

平成 年 月 日
住所 上記と同じ
申請者氏名

確認欄			
住基等	身障手帳等	所得証明	その他

仮受付日 年 月 日

※記名押印に代えて、署名することができます。