第6号様式(第10条関係)

|  |
| --- |
| 重度障害者医療費助成資格変更・喪失届出書年　　月　　日（宛先）秦野市長住所氏名電話　　　　　（　　　　　）重度障害者医療費助成資格の変更・喪失が生じたので、届け出ます。 |
| 対象者 | 氏名 |  | 受給者番号 | 第　　　　　　　　号 |
| 個人番号 |  |  |  |  | － |  |  |  |  | － |  |  |  |  |
| 住所 |  |
| 変更喪失理由 | 変更前 | 変更後 |
| * 受給者に関する事項

（氏名・住所） | 　 | 　 |
| * 保険者の変更
 | 国保・社保(本人・家族)・後期 | 国保・社保(本人・家族)・後期 |
| 記号 |  | 記号 |  |
| 番号 |  | 番号 |  |
| 保険者名 |  | 保険者名 |  |
| 保険者番号 |  | 保険者番号 |  |
| * 振込口座変更
 |  | 金融機関名 |  |
| 店番号 |  |  |  |
| 支店名 |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| * 死亡
 | 　 |
| * 転出
* その他（　　　　　）
 |  |  |
| 変更・喪失事由発生年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 処理欄 | 医療証 | システム処理 |
| □　交付(　　　年　　月　　日) | 入力日 | 入力者 | 確認 |
|  |  |  |
| □　回収(　　　年　　月　　日) |
| 決裁欄 | 課長 | 課長代理 | 担当 | 受付者 | 起案日 | ・　　　・ |
|  |  |  |  |
| 決裁日 | ・　　　・ |

(注)　太枠の中は記入しないでください。