

様式第5号(第9条・第10条関係)

		受給者証 記号番号		
精神障害者医療費受給資格等〔変更〕届 〔喪失〕				
年 月 日				
(宛先)愛西市長				
申請者 住所 氏名				
下記のとおり、申請いたします。				
区 分		変 更 後	変 更 前	事 由
受給者	住 所			1 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 状況の変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生 年月日
	ふりがな 氏名			
加入医療保険等	被保険者等	氏名		2 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他市町村へ転 出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療 の確保に関する法律資格取 得 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生 年月日 ()
		続柄		
		住 所		
	被保険者証等 の記号番号			
	保 険 者 名		<保険者番号 >	
	所 在 地			
給 付 の 内 容 (附加給付等)				
その他()				
備 考				

※該当する□の中にレ印を記入してください。