様式第６号（第５条、第６条関係）

精神障がい者医療費助成受給者資格変更・喪失届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 障がい者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 変更・喪失 | | | | | 変更前 | | | | | 事由 | | | |
| 住所 | |  | | | | |  | | | | | １　変更   * 氏名の変更 * 受給者の変更 * 住所変更 * 個人番号の変更 * 医療保険の加入変更 * 金融機関の変更 * その他の変更   （　　　　　　　　　）  上記の事由発生年月日  （　　年　　月　　日）  ２　喪失   * 死亡 * 他市町村への転出 * 医療加入保険の喪失 * 生活保護法の適用 * 申し出により   上記の事由発生年月日  （　　年　　月　　日） | | | |
| 受給者 | 氏名 |  | | | | |  | | | | |
| 住所 |  | | | | |  | | | | |
| 個人番号 |  | | | | |  | | | | |
| 振込先金融機関 | 機関名 |  | | | | |  | | | | |
| 支店名 |  | | | | |  | | | | |
| 口座番号 |  | | | | |  | | | | |
| 口座名義 |  | | | | |  | | | | |
| 医療保険の加入状況 | 被保険者 |  | | | | |  | | | | |
| 記号・番号 |  | | | | |  | | | | |
| 保険者名 |  | | | | |  | | | | |
| 保険者番号 |  | | | | |  | | | | |
| 上記のとおり、受給者証を添えて届け出いたします。  加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。  年　　月　　日  　　　　　　　　　 住所  届出者　　氏名　　　　　　　　 　　　　㊞　（続柄　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  (注)　記名押印に代えて署名することができます。  燕市長　　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | |