

届出人数	人
------	---

福祉医療変更届・消滅届・再交付申請

受給者	受給者番号							
	氏名				生年月日	年	月	日
	住所							

1. 医療保険の変更 2. 扶養義務者の追加・変更・削除

変更年月日 年 月 日

被保険者氏名・扶養義務者氏名			続柄	
住所				
記号・番号		種類	政・組・船・共・国・国組	
保険者名		保険者番号		
所在地				

3. 再交付

申請理由 1. 紛失 2. 破損 3. 盗難

4. 受給資格の消滅

受給資格消滅年月日 年 月 日

消滅理由

5. 精神保健福祉手帳の更新

更新後の手帳有効期限 年 月 日

6. 障がい者医療の有効期限延長（65歳到達、後期高齢に加入しない）

7. その他

上記のとおり、届出します。

令和 年 月 日

川西市長 宛

届出人

住所
氏名
電話

受付日		入力日		送付先変更端末入力	
受付者		入力者		送付先変更年次リスト入力	