

第6号様式（第8条関係）

重 度 障 が い 者 医 療 費 受 給 資 格 変 更 ・ 喪 失 届 年 月 日 逗 子 市 長 住所 _____ 申請者 氏名 _____ 電話 () _____ 次のとおり届け出ます。			
受 給 者 氏 名		受 給 者 番 号	

☐ 変 更

	変 更 前	変 更 後
住 所		変更年月日 年 月 日
氏 名		変更年月日 年 月 日
そ の 他		
加入医療保険	保 険 の 種 別	☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 後期高齢
	被保険者等の記号・番号	
	保 険 者 番 号	
	保 険 者 名 称	
	保 険 者 所 在 地	

☐ 喪 失 ※福祉医療証を返還してください。

喪 失 理 由	☐ 転出 ☐ 死亡 ☐ 手帳等級変更 ☐ その他 ()
喪失理由発生日	年 月 日