

福祉医療費受給者証内容変更（資格喪失）届  
（重度心身障害者用）

(宛先) 下関市長 下記のとおり、内容変更（資格喪失）がありましたので届出します。 年 月 日 受給者証記号・番号 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
受給者 住所 下関市 _____ 氏名 _____ 電話 _____															
代理人の場合 代理人氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____															
資格喪失	事由発生日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 死亡（受給者氏名： _____ ） <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 他市町村に転出：転出先住所 _____ <input type="checkbox"/> 障害要件に該当しなくなった（手帳返還、等級変更等） ※届出日の属する月の末日までは福祉医療適用 <input type="checkbox"/> その他 _____														
	<input type="checkbox"/> 氏名変更 変更日 年 月 日 フリガナ _____ 新氏名 _____														
	<input type="checkbox"/> 住所変更 変更日 年 月 日 〒 _____ 新住所 下関市 _____														
	<input type="checkbox"/> 障害要件変更 変更日 年 月 日 旧障害要件（ _____ ） → 新障害要件（ _____ ）														
	<input type="checkbox"/> 医療保険変更 変更日(新保険資格取得日) 年 月 日 ※新被保険者証の写しを添付 <table border="1"> <tr> <td>被保険者証</td> <td>記号</td> <td><input type="checkbox"/> 山1</td> <td>番号</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>被保険者 (国保の場合は世帯主)</td> <td>氏名</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 受給者と同じ (続柄 _____)</td> </tr> <tr> <td>保険者</td> <td>名称</td> <td><input type="checkbox"/> 下関市国保</td> <td>保険者番号</td> <td>_____</td> </tr> </table>	被保険者証	記号	<input type="checkbox"/> 山1	番号	_____	被保険者 (国保の場合は世帯主)	氏名	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (続柄 _____)			保険者	名称	<input type="checkbox"/> 下関市国保	保険者番号
被保険者証	記号	<input type="checkbox"/> 山1	番号	_____											
被保険者 (国保の場合は世帯主)	氏名	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (続柄 _____)													
保険者	名称	<input type="checkbox"/> 下関市国保	保険者番号	_____											
※新保険が国保の場合この欄も記入 年 月 日 国保世帯主氏名 _____															

以下の欄は記入しないでください。

受付処理欄	証書換	<input type="checkbox"/> 転出→ <input type="checkbox"/> 回収または <input type="checkbox"/> 終期を転出予定日に書換 <input type="checkbox"/> 障害要件に該当しなくなった→終期を届出日の属する月の末日に書換 <input type="checkbox"/> 氏名変更、住所変更→新氏名、新住所に書換
	受付者	障害者支援課（ _____ ）（ _____ ）総合支所・（ _____ ）支所 担当者（ _____ ）
	障害者支援課担当処理欄 <input type="checkbox"/> 入力	

福祉医療費受給者証内容変更（資格喪失）届  
（重度心身障害者用）

（宛先）下関市長

下記のとおり、内容変更（資格喪失）がありましたので届出します。

令和3年4月1日

受給者の氏名を記入してください。

記号・番号 6 2 - 1 2 3 4 5

受給者 住居 下関市 南部町1番1号

氏名 下関 花子 電話 231-1111

代理人の場合

代理人氏名 下関 三郎 続柄 子 電話 231-1917

資格喪失

事由発生日 令和3年3月20日

死亡（受給者氏名： ） 生保開始

他市町村に転出：転出先住所

障害要件に該当しなくなった（手帳返還、等級変更等）

※届出日の属する月の末日までは福祉医療適用

その他

内容

氏名変更 変更日 年 月 日

フリガナ

新氏名

氏名変更の場合、変更後の氏名を記入してください。

住所変更 変更日 年 月 日

〒

新住所 下関市

住所変更の場合、変更後の住所を記入してください。

障害要件変更 変更日 年 月 日

旧障害要件（ ） → 新障害要件（ ）

医療保険変更 変更日（新保険資格取得日） 年 月 日 ※新被保険者証の写しを添付

変更

被保険者証	記号	<input type="checkbox"/> 山1
被保険者 (国保の場合は世帯主)	氏名	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (続柄 )
保険者	名称	<input type="checkbox"/> 下関市国保 保険者番号

医療保険変更の場合、変更後の保険の内容を記入してください。また、変更後の保険証のコピーを添付してください。

※新保険が国保の場合この欄も記入

この申請に係る福祉医療費受給者証の有効期間に受けた療養の給付について、高額療養費が生じたときは、その申請及び受領について下関市長に委任します。  
年 月 日 変更後の保険が国保の場合、世帯主の氏名を記入してください。  
国保世帯主氏名

以下の欄は記入しないでください。以下は記入不要です。

受付処理欄	証書換	<input type="checkbox"/> 転出→ <input type="checkbox"/> 回収または <input type="checkbox"/> 終期を転出予定日に書換
		<input type="checkbox"/> 障害要件に該当しなくなった→終期を届出日の属する月の末日に書換
		<input type="checkbox"/> 氏名変更、住所変更→新氏名、新住所に書換
	受付者	障害者支援課（ ）（ ）総合支所・（ ）支所 担当者（ ）
障害者支援課担当処理欄		<input type="checkbox"/> 入力