

- 子ども     ひとり親家庭等  
 重度心身障がい者     精神障がい者入院

# 医療受給資格関係届

年 月 日  
 釧路市長 あて

届出に來られた方

## 1. 変更届

加入保険	. .
住所	. .
氏名	. .
その他	. .

住所	釧路市 黒金町7 丁目 5 番 号		
氏名	釧路 花子		
続柄	母	電話番号	0154-31-4526

## 2. 喪失届

転出	
死亡	. .
その他	証返還 有 . 無

受給者	氏名	釧路 太陽	生年月日	H29 . 6 . 15	受給者番号	
	氏名	釧路 はな	生年月日	H31 . 4 . 6	受給者番号	
	氏名	釧路 ゆうひ	生年月日	R2 . 12 . 30	受給者番号	
	氏名		生年月日	. .	受給者番号	
	氏名		生年月日	. .	受給者番号	
	氏名		生年月日	. .	受給者番号	

届出者の  
・住所  
・氏名  
・続柄  
・電話番号  
を記入してください

受給者の  
・氏名  
・生年月日  
を記入してください

## 3. 再交付

紛失	き損	その他
----	----	-----

変更後の加入保険	<input type="checkbox"/> 添付のとおり <input type="checkbox"/> 記入のとおり		
	保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合	
		保険者番号	
		被保険者名	

処 理 欄	<input type="checkbox"/> オンライン	<input type="checkbox"/> 名簿報告
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受付印