

記入例

重度心身障害者医療費受給資格 内容変更・喪失 届

平成31年1月11日

春日部市長 あて

申請者 住 所 春日部市金崎839-1
 氏 名 庄和 藤代 印
 電話番号 048 (746) 1111
 (受給資格登録者との続柄 妻)

次のとおり、変更・**喪失**したので、春日部市重度心身障害者医療費助成に関する条例第9条第1項の規定により届け出ます。

受給資格登録者	フリガナ	ショウワ イチロウ		受給者証番号	5 0 1 2 3 4 5				
	氏 名	庄和 一郎							
	生年月日	昭和2年4月5日	住所	春日部市金崎839-1					
	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9
保 護 者	障 害 の 状 況	<ul style="list-style-type: none"> 受給資格変更手続きの場合、障害者手帳、変更内容がわかるもの（※）、印鑑（朱肉使用）、受給者証を持参してください。 ※ 例 保険変更の場合…新しい健康保険証の写し 該当 口座変更の場合…金融機関の通帳の写し等 							
	フリガナ		生年月日		年	月	日		
	氏 名								
	住 所							受給資格登録者との続柄	
加入医療保険									
変更・喪失年月日		平成31年1月6日		変更・喪失事由		死亡			
振込先金融機関	区 分	金融機関コード		4 3 2 1		本支店コード		3 2 1	
	金融機関及び本支店名	しょうわ		銀行 信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協		春日部		本店 支店 出張所	
	口座種別	普通 当座		口座番号		0 1 2 3 4 5 6			
	フリガナ	ショウワ フジヨ		口座名義		庄和 藤代			
決 裁	課 長	主 幹	主 査	担 当					

受給資格登録者がお亡くなりになった場合、死亡日までの医療費は、相続人に対して振り込みます（支給停止期間を除く）。
 そのため、戸籍などの受給資格登録者と相続人の関係がわかる書類、未請求の医療費（薬剤費等含む）の領収書を持参してください。