

障害者受診証内容変更等届出書

年 月 日									
(宛先)鎌倉市長									
					住所.....				
					氏名.....				
届出者					電話.....().....				
次のとおり届け出ます。									
受診証 番号								資格者氏名	
変更年月日		年 月 日							
変更事項		変 更 後				変 更 前			
<input type="checkbox"/> 等 級									
<input type="checkbox"/> 住 所									
<input type="checkbox"/> 世帯員の追加		氏名			生年 月日			個人 番号	
<input type="checkbox"/> そ の 他 (送付先等)									
<input type="checkbox"/> 変更後の健康保険		保 険 者 番 号							
		保 険 者 名 称							
		記 号			番 号				
		被 保 険 者 等 氏 名							
喪失事由		<input type="checkbox"/> 障害の程度が軽くなった <input type="checkbox"/> その他()							
喪失年月日		年 月 日							
上記のとおり確認しました。					供 覧	. .			
課長	担当係長等	担当			関 了	. .			
備 考					旧医療証 回収状況	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収			
					新医療証 交 付	. .			

- (注) 1 太枠の中だけを記入してください。
 2 変更の場合は該当する「変更事項」にチェックし、「変更後」、「変更前」の各欄に記入し、喪失の場合は該当する「喪失事由」にチェックしてください。