

精神通院医療費・障害者医療費受給者証交付等申請書

受給資格者	受給者番号		資格取得年月日 年 月 日	加入医療保険	記号番号		自立支援医療受給者証 (精神通院)	有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで		
	氏名 フリガナ		性別 男・女		被保険者	住所			続柄	
	生年月日	年 月 日	電話番号 ()		保険者名	保険者番号 ()				
	住所				資格取得 年月日	年 月 日				交付日 年 月 日
	備考									有効期限 年 月 日
事由	1 新規 <input type="checkbox"/> 初認定 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 施設退所 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 <input type="checkbox"/> その他() 事由発生年月日(. .)				手帳	等級				
	2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 医療保険変更 <input type="checkbox"/> 等級変更・再判定 <input type="checkbox"/> 再認定 <input type="checkbox"/> その他() 事由発生年月日(. .)					年 月 日				
	3 喪失 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 医療保険資格喪失 <input type="checkbox"/> その他() 事由発生年月日(. .)					等級				
	4 再交付 <input type="checkbox"/> 紛失(理由) <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損					等級				
<p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。 高額療養費受給等における適正な福祉医療事務遂行に必要な個人情報の収集及び提供に同意します。 また、高額療養費に該当する場合は、支給した福祉医療費の範囲において、日進市が受給権を取得することに同意します。</p>					※添付書類 1：精神障害者保健福祉手帳 2：自立支援医療受給者証(精神通院)					
年 月 日 日進市長 あて					申請者 住所 _____ 氏名 _____ 電話 () _____					