

(表)

(第1号様式)

重度障害者医療証交付申請書
重度障害者医療対象者異動等届出書

年 月 日



(申請先・届出先)

横浜市 長

申請者 (届出人)	住所	
	氏名	(印)
	電話・FAX	()

次のとおり申請(届出)します。

対象者	住所 <small>(申請者住所と同じ場合は住所の記入不要)</small>			医療証番号						
	フリガナ 氏名		男・女	電話・FAX	()					
				生年月日						
資格取得年月日				年	月	日	加入医療保険			
取得	新規取得 101	1	転入	記号			番号			
		3	重度障害者となったため OC 後高該当	被 保 険 者 ・ 組 合 員	氏名		(印)			
4	保険加入 (後期高齢者医療加入者)	医療費助成限度額の把握のため、私の市民税・ 県民税課税基本台帳に関する調査に同意します。 (横浜市国民健康保険の場合は世帯主氏名)								
9	その他	性別	男 ・ 女							
得	区間異動 301	2	区間異動(前区名) (前証番号) 区	生年月日						
				対象者の続柄	□上記対象者と同じ					
異動	本人移行 401	6	(旧番号)	住所	□上記対象者と同じ					
		家族移行 402	5		電話	- -				
動	後高移行 413	D		健康 保 険 機 関 組 合 ・ 等	保険者番号					
		資格喪失 102	11	転出	名称					
		13	死亡 (死亡年月日) 年 月 日	電話	- -					
		16 20	保険喪失 其他	保険証に書かれて いる対象者の 資格取得年月日						
	資格変更 404	氏名変更(変更前の氏名)		長期特定疾病認定日						
		区内転居(変更前の住所)		【備考】 特例退職健康保険 有・無 □ 自動償還申請書(後期高齢者医療加入者)						
	加入保険変更 406・407	(変更前の保険者番号)								
	再交付 501	再交付(紛失・破損・汚損・他)								
	その他									

確認欄	住基	身体・精神手帳		療育手帳			入力	確認	区 受 付
		No.	級	A1	A2	B1			
		交付年月日	年 月 日	判定年月日	年 月 日	年 月 日			
		有効期限(自)	年 月 日	有効判定期限	年 月 日	年 月 日			
		有効期限(至)	年 月 日						
課長	係長	係員	上記に基づき処理します。						
			証交付	年 月 日	起案	年 月 日			
			旧証回収	年 月 日	決裁	年 月 日			

注 意 事 項

この用紙は、重度障害者医療に関する医療証の交付申請又は異動等届出をするときに使用してください。

1 重度障害者の方が医療証の交付申請をする場合

(1) 重度障害者の方が医療証の交付申請をするときは、必ず次の書類を用意してください。

- ア 身体障害者手帳、愛の手帳(療育手帳)等障害の程度を証明できる書類
- イ 被保険者証(組合員証)

(2) 「加入医療保険」欄の記入について

加入医療保険については、被保険者証(組合員証)に記載されている各事項を記入してください。

2 異動等の届出をする場合

(1) 異動等の届出をするときは、必ず次の書類を用意してください。

- ア 氏名、居住地、保険関係の変更及び区間異動(居住地の変更が区を異にする場合)を届け出る場合

医療証及び被保険者証(組合員証)

- イ 死亡の届出の場合

医療証

- ウ 医療証の再交付を申請する場合(医療証を紛失したことにより再交付を申請する場合を除く。)

医療証及び被保険者証(組合員証)

- エ 医療証の再交付を申請する場合(医療証を紛失したことにより再交付を申請する場合に限る。)

被保険者証(組合員証)

(2) 保険関係の変更を届け出る場合には、被保険者証(組合員証)に記載されている各事項を記入してください。