

第1号様式(第3条第1項・第8条・第9条・第10条・第11条)

(表)

心身障害者医療証交付申請書
心身障害者医療対象者異動等届出書

(申請先、届出先)

横浜市長

年 月 日
申請者 住 所印
氏名 電話 ()

次のとおり届出(申請)します。

医療証番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

対象者	住所							
	フリガナ 氏名	男 · 女						
生年月日	年月日	生年月日	電話					
届出(申請)事由		加入医療保険						
取扱異動	転入(転入前の住所)	被保険者 組合員	氏名	上記対象者と同じ				
	心身障害者となつたため		性別	男 · 女				
	新規取得保険加入		生年月日					
	国保離脱		対象者の続柄					
	その他		住所	上記対象者と同じ				
	区間異動(変更前の証番号)		電話					
資格喪失	本人移行(継続関連番号)	健保発行組合 ・名印	保険番号					
	家族移行(継続終期)		名前					
	継続療養(既存分保険) 記号番号		名称					
	転出(転出先住所)		電話					
	死亡(届出人氏名)		記号	番号				
	保険喪失		保険証に書かれているあなたの資格取得年月日	年月日				
資格変更	国保加入()	長期特定疾病認定年月日	年月日					
	老健移行()	再交付	紛失・破損・汚損・ほか					
	その他	異動等発生年月日	年月日					
住所変更(変更前の住所)	備考							
加入保険変更(変更前の保険者番号)								
審査・処理								

(注意) 1 裏面の注意事項をよく読んでから書いてください。
2 欄は、記入しないでください。

(A4)

(裏)

注 意 事 項

この用紙は、心身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 心身障害者の方が医療証の交付申請をする場合

(1) 心身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

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。