

GPRIME入力 附加給付停止通知 要・不要 保険 国保・社保・後期
医療証 (交付 / 窓口・送付)

医療証番号	第	号
※		

厚木市心身障害者医療費助成変更等届出書(返還 ・ 再交付 ・ 変更)
 令和 年 月 日
 (あて先) 厚 木 市 長
 住 所 _____
 申請者 _____
 氏 名 _____
 次のとおり届け出ます

フリガナ 対象者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
---------------	------	--

住 所	厚木市	電話	()
		FAX	

返還理由	<input type="checkbox"/> 死亡 () <input type="checkbox"/> 転出 () <input type="checkbox"/> 生保 () <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失(紛失・破損・汚損・盗難) <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他()
-------	--

変更理由	<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 等級変更 <input type="checkbox"/> その他()
------	---

障 害 程 度	旧	1	2	3	級	IQ	A1	A2	B1
	現(新)	1	2	3	級	IQ	A1	A2	B1
						変 更 年 月 日		平成・令和	年 月 日

新加入の医療保険	旧保険	<input type="checkbox"/> 厚木市国保 <input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 健保組合等 ()	保険者番号	
	被保険者		<input type="checkbox"/> 本人 記 号	
	資格取得日	年 月 日	番 号	
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 厚木市国保 <input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合等 <input type="checkbox"/> 神奈川県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 県外後期高齢者医療		
	所在地	※		
電 話	※			

※厚木市国保については、保険者名称はチェックのみで、記号番号を記入し、所在地・電話番号は不要です。

受 付 印