

第25条第1項第2号の障害認定申請書
による医療の受給資格取得(変更・喪失)届書

	新規(変更・喪失)	変更前	事由
① (ふりがな) 氏名 男 ・ 女		1 新規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の取得 <input type="checkbox"/> 法第25条第1項第2号の認定申請 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日(. .)
② 生年月日	年 月 日生		
③ 居住地(施設名及び施設所在地)			
④ 医療保険の加入状況	(被保険者、組合員又は世帯主の氏名)		2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 同一市(区)町村内の転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> 法第25条第7項適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日(. .)
	(被保険者、組合員又は世帯主の住所)		
	(被保険者証又は組合員証の記号番号)		
	(被保険者、組合員又は世帯主の続柄)		
	(保険者の名称)		
	(. 保険者番号)		
⑤ 障害の状況	(保険者の所在地)		3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村への転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 法第25条第1項第2号非該当 <input type="checkbox"/> 法第25条第7項不適用 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日(. .)
	次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 国民年金証書 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 転入前の市(区)町村長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()		

上記のとおり関係書類を添えて 申 請
届 出 いたします。

年 月 日

住 所
(居住地)
氏 名
電話番号

印

野田市長

様