

様式第1号 (第3条関係)

※ 区分	0~64歳					保 險 区 分	1	2	3	4	5	6
							社 被 保 險 者	社 被 扶 養 者	国 一 般 被 保 險 者	国 被 保 險 者	国 被 扶 養 者	国 保 組 合
※ 受給資格登録番号												
※ 決 裁						受付	年 月 日					
						決定	年 月 日					
						発行	年 月 日					
※ 受給資格証交付						要・否(理由)						
重度心身障害者等医療費受給資格登録(変更)申請書 富山県射水市長あて 申請者 住 所 射水市 氏 名 電話番号 (      -      -      ) 下記のとおり重度心身障害者等医療費受給資格の登録(変更)の申請をします。												
受 給 者	個人番号					生年月日	年 月 日					
	フリガナ 氏名	男・女										
	住 所											
受給資格証交付 事由年月日		年 月 日				身障手帳	1・2					
						療育手帳	A      B					
						精神手帳	1					
						その他	ねたきり					
加入 医 療 保 険	被保険者	フリガナ 氏名	男・女			生 年 月 日	年 月 日					
		住 所				附加給付	有 ・ 無					
	被保険者証 の記号番号				保険者名							
世 帯 の 状 況	氏 名	年齢	対象者との 続 柄	個人番号	※ 市町村確認欄							
		計										
(摘要) 変更事項等												

(注) 1. 受給資格登録事項の変更の場合は、該当する項目のみ記入願います。  
 2. ※欄は市町村で記入します。