

様式第 13 号 (第 3 条関係)

※ 区分	0~64歳					保 險 区 分	1	2	3	4	5	6
	※ 受給資格登録番号						社 保 保 者	社 被 扶 養 保 者	国 一 般 被 保 険 者	国 被 保 険 者 職	国 被 保 険 者 職	国 被 扶 養 者
※ 決 裁	部長	次長	課長	係長	主務	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)									
<p>心身障害者医療費受給資格登録(変更)申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>富山県射水市長あて</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 射水市</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 (— —)</p> <p>下記のとおり心身障害者医療費受給資格の登録(変更)の申請をします。</p>												
受給者		個人番号					生 年 月 日	年 月 日				
		フリガナ氏名										
		住所										
受給資格証交付事由年月日		年 月 日				身障手帳	3					
						療育手帳	B					
						その他						
加 入 医 療 保 険	被保険者	フリガナ氏名					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。