

障

重度障害者医療

証交付（更新）申請書・受給資格変更（喪失）届出書

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

次のとおり関係書類を添えて申請（届出）します。

なお、以後医療費の助成に関する事務において、市が必要とする住民登録及び地方税法関係等の情報を公簿等（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等を含む）により閲覧及び確認すること並びに関係機関に照会することに同意します。

申請者(受給者)	氏名	フリガナ	生年月日	受給者番号
			T・S・H・R	
			年 月 日	
住所	〒 - (転出の場合は転出先)			
	該当する場合はチェックをしてください <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護保険(特定)施設			
電話	()			個人番号
申請理由	身体障害 ・ 知的障害 ・ 精神障害 ・ 難病 ・ 合併			
医療保険	種別	社保 ・ 後期 ・ 国保	加入日	S・H・R 年 月 日
	記号		番号	
	保険者番号		被保険者氏名	申請者と同じ・
	保険者	1. 東大阪市 2. 大阪府後期高齢者医療広域連合 3. 全国健康保険協会 () 支部 4. () 共済組合・健康保険組合 5. その他 ()		
連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	住所		
		氏名	申請者との関係	
		電話	()	

※ 審査欄	適用日	年 月 日	適用理由	障害認定 転入 保険加入 生保廃止 所得解除 仮申請 住所地特例 その他 ()	
	喪失日	年 月 日	喪失理由	転出 死亡 障害非該当 生保開始 他公費 所得超過 その他 ()	
	証回収日	年 月 日	変更	保険変更 氏名変更 住所変更 手帳更新 その他 ()	
	受付者 確認欄	所得確認書類 (所得証明書・同意書) <input type="checkbox"/> 添付あり <input type="checkbox"/> 後日提出案内済 <input type="checkbox"/> 不要 (税情報あり)			
	備考欄	担当者	入力日	受付者	受付印