

※区分	65～69歳					保険区分	1	2	3	4	5	6	
							社被保険者	社被扶養者	国一般被保険者	国被保険者	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													
富山県中新川郡舟橋村長 あて													
申請者 住 所													
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・3・4・5・6						
						療育手帳	A B						
						そ の 他	ねたきり						
加入医療保険	被保険者	フリガナ					生 年 月 日	年 月 日					
		氏 名	男・女										
		住 所					付加給付	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													
※課税所得金額				※総収入金額				※市町村確認欄					
円				円				☐ 2割負担 ☐ 3割負担					
(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。