

第1号様式（1）～（5）

- 成人ぜん息患者      医療費助成認定申請書（1） 医療費助成認定更新申請書（2）  
医療証再交付申請書（3）      医療費受給資格喪失届（4）  
住所、氏名、健康保険等変更届（5）

(宛先) 川崎市長			
申請者		住所 _____	
		氏名 _____	
次のとおり関係書類を添えて（申請・届出）します。			
申請・届出年月日	事由発生年月日 ※認定申請を除く。	医療証番号	※認定申請を除く。
年 月 日	年 月 日		
対象者氏名等			
氏名	フリガナ	生 年 月 日	
		年 月 日	
住所	(現住所)	電 話 番 号	
		(      )	
所	(旧住所) ※変更の場合のみ記入してください。	川崎市に住所を有している期間	
		年 箇月	
健康保険等の状況 ※変更の場合は変更後の状況を御記入ください。			
記 号	番 号	被保険者等氏名	区 分
			1. 本人 2. 家族
保険者番号	保険者の名称		保険加入日
			年 月 日
変更事項等 ※該当する場合のみ御記入ください。			
再交付の理由	対象者でなくなった理由	氏名変更	
<input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 破損したため <input type="checkbox"/> 汚損したため <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 本市の区域外に住所を移したため <input type="checkbox"/> 治癒したため <input type="checkbox"/> 死亡したため <input type="checkbox"/> 生活保護法による保護を受けたため <input type="checkbox"/> その他(                      )	新	
		旧	

- 注 1 認定（更新）申請のときは、主治医診断報告書及び健康保険証等を添えてください。  
 2 主治医診断報告書において異常が認められた場合には、胸部エックス線写真を提出していただく場合があります。  
 3 再交付の理由が生じたとき（紛失したときを除く。）、資格喪失したとき、又は住所の変更があったときは医療証を添えてください。  
 4 氏名の変更があったときは、氏名の変更を証する書類と医療証を添えてください。  
 5 健康保険等の変更のときは、健康保険証等をお持ちください。