

担当	係長	課長	所長
----	----	----	----

第1号様式の1～5

(宛先)川崎市長

小児ぜん息医療

- 医療費受給証交付申請書 支給期間延長申請書
対象者資格喪失届 住所、氏名及び社会保険等変更届
医療費受給証再交付申請書

申請・届出年月日		事由の発生した年月日		医療費受給証番号	
年 月 日		年 月 日			
世帯主 氏名	フリガナ		患者 氏名	フリガナ	
				性別	生年月日
					年 月 日
住所 (現住所)					
電話番号		(旧住所) ※変更の場合のみ御記入ください。			
1 自宅 2 呼出()方					
健康保険等の状況					
記号		番号		被保険者等氏名	
保険者番号		保険者の名称			保険加入日
					年 月 日
※該当する場合のみ御記入ください。					
対象者でなくなった理由		再交付の理由		氏名変更	
<input type="checkbox"/> 生活保護法による保護を受けたため <input type="checkbox"/> 本市の区域外に住所を移したため <input type="checkbox"/> その他()		<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		新	
				旧	
医師の意見 ※支給期間延長申請のときのみ証明してください。					
次の疾病について引き続き治療を必要とします。					
医療機関の名称					
疾病名 _____					
年 月 日		医師名 _____ 印			

- 注 1 太線枠内のみ記入してください。
 2 医療費受給証交付申請書を提出するときは、医師の診断書及び健康保険被保険者証を添えてください。
 3 支給期間延長申請書、対象者資格喪失届、住所、氏名及び社会保険等変更届又は医療費受給証再交付申請書を提出するときは、医療費受給証を添えてください。

医療費受給証		
1 交付	2 修正	3 回収
4 未回収	5 未処理	

<平成31年4月>