

自立支援医療受給者証（育成・更生）等記載事項変更届

受診者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		大正・昭和 平成・令和	年 月 日
	住 所	〒	電 話 番 号	
			() -	
個人番号				
18歳未満の場合 保護者（受診者が）	フリガナ		続柄	電 話 番 号
	氏 名			() -
	住 所	〒	※受診者と同じ場合は省略可	
	個人番号			
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間		令和	年	月 日 から 令和
変 更 内 容	事 項	変 更 前		変 更 後
	受診者に関する事項 (氏名・住所等)			
	保護者に関する事項 (氏名・住所等)			
	被保険者証に 関する事項 (記号及び番号・ 保険者名・受診者と 同一の加入者)			
備 考				
<p>私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 また、変更後の自立支援医療受給者証の写しを、関係医療機関等に送付することについても同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____ 呉市長 様</p>				

- ※ 医療保険証の変更は、変更後の同一医療保険加入者全員の保険証のコピーを添付してください。
- ※ 保険証の変更に伴い、世帯の範囲が変わり自己負担上限額が変更になる場合は、自立支援医療支給認定申請書及び世帯調書を記載してください。
- ※ 現在の受給者証を添付してください。後日、新しい受給者証を送付します。