

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院医療)

受診者	ふりがな			生年月日	年齢
	氏名			年 月 日	
				個人番号	
	住所	〒		電話	歳
保護者 (受診者が18歳未満の場合)	氏名		受診者との続柄	父母・配偶者・兄弟姉妹・祖父母 親類・同居者・その他()	
	住所			個人番号	電話
自立支援医療費受給者番号					
受給者証の有効期間		年 月 日 から		年 月 日 まで	
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・その他)				
				変更日 年 月 日 から	
	保護者に関する事項 (氏名・住所・その他)				
				変更日 年 月 日 から	
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名)	被保険者・被扶養者		被保険者・被扶養者	
記号		記号	
	番号	番号	
	保険者名		保険者名		
				変更日 年 月 日 から	
備考					
自立支援医療受給者証及び自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書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。					
年 月 日 (宛先) 埼玉県知事					収受印
					届出者

注意

- 1 変更内容の欄は、該当する事項のみ記載してください。
- 2 自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)、指定自立支援医療機関及び有効期間の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(変更)(様式第1号)を提出してください。