

記入例

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療 更生医療）

令和〇年〇月〇日

春日部福祉事務所長 あて

届出者 住 所 春日部市中央7-2-1

※1 氏 名 春日部 太郎

電話番号 048 (736) 1131

受診者との続柄 本人

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（育成医療 更生医療）に記載された事項の変更について、下記のとおり届け出ます。

受給者証番号		0	0	1	2	3	4	5				
受診者	フリガナ	カスカベ タロウ					生年月日		昭和〇〇年5月6日			
	氏名	春日部 太郎										
	住所	〒344-8577 春日部市中央7-2-1										
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
保護者 ※2	フリガナ											続柄
	氏名											
	住所	〒										
	個人番号											
受給者証の有効期間		令和 〇年 2月 1日 から 令和 ●年 1月 31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・電話）	048-746-9702					048-736-1131					
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話）											
	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）	全国健康保険組合 埼玉支部 54321 333					春日部市 国民健康保険 614 000100					
	身体障害者手帳番号	埼玉県 第112233号					埼玉県 第112244号					
備考												

枠内は全て記入する

変更箇所のみ記入する

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療（育成医療・更生医療）支給認定申請書（変更）に、記載すること。

※1 届出者について、育成医療は保護者、更生医療は受診者本人とすること。

※2 受給者が18歳未満の場合に記入してください。