

記入例

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療）

受 診 者	フリガナ	カスカベ タロウ										生年月日		
	氏 名	春日部 太郎										昭和〇〇年5月6日		
	住 所	〒344-8577										電話番号		
		春日部市中央7-2-1										048-736-1131		
個人番号		5	5	5	5	3	3	3	2	2	1	1	1	
自立支援医療費受給者番号		0	0	1	1	2	2	3						
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・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)	048-746-9702						048-736-1131						変更箇所の み記入する
	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														

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。

届出者氏名

春日部 太郎

令和〇年 9月 12日

春日部市福祉事務所長

あて

※ 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、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。