

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											昭 和 ・ 平 成 年 月 日	歳
												個 人 番 号	
住 地	〒359— 所沢市										連 絡 先 — —		
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	連 絡 先
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 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・居住地・その他)	.....										.....	
												変更日 令和 年 月 日から	
	保護者に関する事項 (氏名・居住地・その他)	.....										.....	
												変更日 令和 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・ 受診者と同一の加入者)	記号..... 番号..... 保険組合名.....										記号..... 番号..... 保険組合名.....	
												変更日 令和 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。											令和 年 月 日		
(宛先) 埼玉県知事											届出者(自署又は記名押印)		
											収 受 印		

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)及び指定自立支援医療機関及びの変更については、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)(様式第1号)に記載してください。