

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 ・ 精神通院 ）													
受 診 者	フリガナ	まつやま たろう										生年月日	
	氏 名	松山 太郎										昭和 40 年 1 月 1 日	
	フリガナ												
	住 所	松山市二番町四丁目7番地2											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ											続柄	
	氏 名												
	フリガナ												
	住 所												
	個人番号												
自立支援医療費受給者番号		1	2	3	4	5	6	7					
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・電話番号）	愛媛 太郎 松山市三番町6丁目6-1 089-948-6936						松山 太郎 松山市二番町四丁目7番地2 089-948-6012					
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）												
	被保険者に関する事項 （記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者）	（社保の場合） 記号 12345 番号 678 保険者名 全国健康保険協会 ○○支部 同一保険の加入者 愛媛 花子						（後期の場合） 記号 なし 番号 98765 保険者名 愛媛県後期高齢者医療広域連合 同一保険の加入者 松山 花子					
	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号	身体障害者手帳 愛媛県 12345						身体障害者手帳 松山市 09876					
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		松山 太郎											
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		（宛先） 松山市福祉事務所長											

※ 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。