自立支援医療受給者証（ 育成 ・ 更生 ）等記載事項変更届

受給者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日	
	住 所		電 話 番 号	
			（ ） ―	
	個人番号			
保護者（受給者が18歳未満の場合）	フリガナ		続柄	電 話 番 号
	氏 名			（ ） ―
	住 所	〒 ※受給者と同じ場合は省略可		
	個人番号			
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		

変更内容

事 項	変 更 前	変 更 後	変更年月日
受給者に関する事項（氏名・住所等）			令和 年 月 日
保護者に関する事項（氏名・住所等）			令和 年 月 日

医療保険の加入状況に関する事項 ※職員がチェック □ マイナ保険証確認	保険者名称 （保険者番号）	（ ）	（ ）	資格取得日 令和 年 月 日
	記号番号			
	被保険者氏名	□ 受給者と同じ	□ 受給者と同じ	
	受給者と同一の加入者氏名		マイナンバー	
	受給者と同一の加入者氏名		マイナンバー	

※保険証の変更に伴い，世帯の範囲が変わり自己負担上限額が変更になる場合は，自立支援医療支給認定申請書及び世帯調書を記入してください。

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。
このことについて，市が必要と認める場合には，私及び私が属する世帯構成員の医療保険の加入状況等について，調査・確認することに同意します。調査・確認することについて，私が属する世帯構成員の同意も得ています。
また，変更後の自立支援医療受給者証の写しを，関係医療機関等に送付することについても同意します。

年 月 日

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 呉市長 様

R6.12

※ 医療保険証の変更は，変更後の同一医療保険加入者全員の保険情報を確認できるもの又はマイナンバーも必要です。

※ 現在の受給者証を添付してください。後日，新しい受給者証を送付します。