

## 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							生年月日			
	氏名							明 治 大 昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	フリガナ										
	住所										
	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					
	受診者氏名										
	受診者住所										
	受診者電話番号										
	医療保険被保険者証の 記号番号										
	医療保険の保険者										
	医療保険の保険者										
	国民健康保険の 被保険者氏名										
	特定疾病療養受給者証の有無										
	身体障害者手帳番号										
	備考										
<p>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。</p> <p>届出者氏名</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>印</p> <p>美唄市福祉事務所長 殿</p>											

※ 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。