

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 | | 性別 | 男・女 | 年月日 | 歳 | |
| | | | | | 個人番号 | | |
| | 住所 | 〒 _____ 電話 _____ | | | | | |
| 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() | | | |
| | | | 個人番号 | | | | |
| | 住所 | _____ 電話 _____ | | | | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| 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・その他) | | | | | | |
| | | | | | | | 変更日 _____年 _____月 _____日から |
| | 保護者に関する事項 (氏名・住所・その他) | | | | | | |
| | | | | | | | 変更日 _____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) | | | | | | |
| 変更日 _____年 _____月 _____日から | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |
| <p>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。</p> <p>_____年 _____月 _____日</p> <p>(宛先) 埼玉県知事</p> <p style="text-align: right;">届出者(自署又は記名押印)</p> | | | | | | | |
| | | | | | <table border="1"> <tr> <td style="width: 100px; height: 40px;">收受印</td> </tr> </table> | | 收受印 |
| 收受印 | | | | | | | |

- 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)、指定自立支援医療機関及び有効期間の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(変更)(様式第1号)を提出してください。