

岡山市自立支援医療（更生医療）受給者証等記載事項変更届

|  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受<br>診<br>者  | フリガナ   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日                 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏名   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | フリガナ   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日                |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 居住地  | 〒<br>岡山市 区       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号                 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自立支援医療費受給者番号   |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号   |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者証の有効期間  |  | 年 月 日 から 年 月 日まで |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変<br>更<br>内<br>容   | 事項   | 変 更 前            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 変 更 後                |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 受診者に関する事項<br>(氏名・居住地・電話番号)                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 加入医療保険に関する事項<br>(記号及び番号・保険者名・<br>受診者と同一の加入者) |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 個人<br>番号         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  | 個人<br>番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者手帳記載内容  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備 考  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>私は、自立支援医療（更生医療）受給者証及び自立支援医療（更生医療）費支給認定通知書に記載された事項について、変更がありましたので、上記のとおり届け出ます。</p> <p>岡 山 市 長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>届出者氏名</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。