

自立支援医療受給者証（育成医療）等記載事項変更届

受 診 者	フリガナ							年齢	生 年 月 日			
	氏 名							歳	年 月 日			
	住 所	〒 - 岡山市 区										
	個人番号(マイナンバー)											
保 護 者	フリガナ							受 診 者 と の 続 柄				
	氏 名							父 ・ 母 ・ その他()				
	住 所	〒 - 岡山市 区 <small>※受診者と同様の場合は記入不要</small>										
	個人番号(マイナンバー)							電 話 番 号	() -			
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 事 項	事 項 (変更のある事項に☑)	変 更 前 (「受給者証に同じ」に☑を入れてください。)					変 更 後 (「コピーのとおり」には☑を入れてください。)					
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	<input type="checkbox"/> 受給者証に同じ									
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	<input type="checkbox"/> 受給者証に同じ									
	<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/> 受給者証に同じ					<input type="checkbox"/> コピーのとおり				
変 更 年 月 日		年 月 日										
備 考												
自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書兼世帯収入状況申告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。 岡 山 市 長 様 年 月 日 <div style="text-align: right;">届出者氏名 _____</div>												

《注意事項》

- ※1 届出に当たっては、受給者証の写しを添付してください。
- ※2 氏名・住所の変更の場合は、変更後の情報がわかる資料を添付してください。
- ※3 加入保険の変更の場合は、保険証の写しを添付してください。また、加入保険の変更の場合、自己負担上限額が変更になる可能性があるため、別途上限額変更の申請が必要になります。
- ※4 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)に記載してください。

保健所記入欄	確認事項	<input type="checkbox"/> 受給者証修正	<input type="checkbox"/> データ入力	特記事項	<input type="checkbox"/> 特記なし	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額変更あり
--------	------	---------------------------------	--------------------------------	------	-------------------------------	--------------------------------------