

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書（精神通院）				
受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	※受診者（障害者）本人の氏名を記入		男・女 和暦〇〇年〇〇月〇〇日
	フリガナ			
	住所	上田市〇〇 〇-〇-〇 （※住所変更の届出の場合は、新住所）		
	個人番号			
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ			続柄
	氏名	マイナンバーを記入してください。		
	フリガナ			
	住所			
	個人番号			
自立支援医療費受給者番号		受給者番号や有効期間は、空欄のままでも結構です。		
受給者証の有効期間				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・電話番号）	(旧姓)〇〇 太郎 長野市〇〇 〇-〇	(新姓)□□ 太郎 上田市〇〇 〇-〇	
	保護者に関する事項（氏名・住所・電話番号）			
	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）	記号〇〇〇 番号〇〇〇 全国健康保険協会長野支部	記号〇〇〇 番号〇〇〇 上田市	
	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号	変更があった項目のみ、変更前と後の情報を記入してください。		
備考				
私は、自立		自署であれば押印を省略しても構いません。		
		事項の変更について、上記のとおり届け出ます。		
申請者氏名		受診者（障害者）本人 ㊟		
令和 〇〇 年 〇 月 〇 日		申請日は窓口で記載、提出した日で結構です。空欄のままでも結構です。		
		(届出先)		

※ 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。