

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書（育成医療・更生医療）				
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。				
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。