


記入例

様式第3号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療）

| | | | | |
|---|---|---|--|-------------------|
| 受 診 者 | フリガナ | ウツノミヤ サツキ | | 生 年 月 日 |
| | 氏 名 | 宇都宮 皐月 | | 平成・令和 ○○年 ○月 ○日 |
| | フリガナ | ウツノミヤシアサヒ | | |
| 保 護 者 | 住 所 | 〒320-8540 宇都宮市旭1-1-5 | | |
| | フリガナ | ウツノミヤ タロウ | | 続 柄 |
| | 氏 名 | 宇都宮 太郎 | | 父 |
| | フリガナ | ※受診者と同じ場合は記入不要 | | |
| | 住 所 | 現在お持ちの受給者証の受給者番号と有効期間を記入願います。 | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | 1 0 9 9 9 9 9 | | |
| 受給者証の有効期間 | | 令和 ○○年 ○月 ○○日 から 令和 ○○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・電話番号) | 住所 宇都宮市旭1-1-5 電話番号 632-2222 | 住所 宇都宮市竹林町972 電話番号 626-1126 | |
| | 保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) | 同 上 | | 同 上 |
| | 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) | 保険者番号 0901 保険者名 宇都宮市 記号番号 001-99999 | 新しい被保険者証の写しを添付してください。 保険者番号 090019 保険者名 栃木社会保険事務局 記号番号 宮けん-1234 | |
| 備 考 | | 令和○○年5月15日転居により住所変更 | | 令和○○年5月15日被保険者証変更 |
| 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...について、上記のとおり届け出ます。 | | | | |
| 届出者氏名 | | 宇都宮 太郎  スタンプ印不可 | | |
| | | 変更年月日と、変更内容を記入願います。 | | |
| | | 令和 ○○年 ○月 ○日 | | |
| | | (あて先) 宇都宮市長 | | |

※ 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。

〒320-8540 宇都宮市旭1-1-5
宇都宮市 子ども部 子ども家庭課
TEL632-2296