

例 1：住所変更の場合

様式第9 (第9条関係)

精神障礙者醫療費受給資格內容變更屆

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けてください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けてください。		届出日	令和〇年×月△日			
届出者	住所	安城市桜町18番23号				
	氏名	安城 太郎	電話 0566-71-2232			
区分		変更後	変更前			
受給者	受給者番号	513×××××				
	住所	安城市桜町18番23号	安城市御幸本町504-1			
	氏名	安城 太郎				
医療保険の加入状況	記号・番号					
	保険者	名称				
		コード				
		所在地				
	被保険者	住所	□ 届出者に同じ。			
		氏名	□ 届出者に同じ。			
	理由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	理由発生年月日 令和3年 4月 1日					

例1：保険変更の場合

様式第9（第9条関係）

精神障害者医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けて
ください。

届出日

令和〇年×月△日

届出者	住 所	安城市桜町18番23号											
	氏 名	安城 太郎			電 話	0566-71-2232							
区分		変 更 後				変 更 前							
受給者	受給者番号	513×××××											
	住 所												
	氏 名	安城 太郎											
医療保険の加入状況	記号・番号	例1)記号1234 番号5678(社会保険の場合)											
	保険者	名 称	例1)○○健康保険組合(社会保険の場合) 例2)安城市(国民健康保険の場合)										
		コード	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	所在地												
被保険者	住 所	☑ 届出者に同じ。											
	氏 名	☑ 届出者に同じ。											
理由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input checked="" type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()												
理由発生年月日											令和3年 4月 1日		