

# 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✓印を付けてください。

|     |    |   |   |   |
|-----|----|---|---|---|
| 届出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

|           |         |         |  |  |     |  |       |  |  |  |  |  |
|-----------|---------|---------|--|--|-----|--|-------|--|--|--|--|--|
| 届出者       | 住所      |         |  |  |     |  |       |  |  |  |  |  |
|           | 氏名      |         |  |  |     |  | 電話    |  |  |  |  |  |
| 区 分       |         | 変 更 後   |  |  |     |  | 変 更 前 |  |  |  |  |  |
| 受給者       | 受給者番号   |         |  |  |     |  | /     |  |  |  |  |  |
|           | 住所      |         |  |  |     |  |       |  |  |  |  |  |
|           | 氏名      |         |  |  |     |  |       |  |  |  |  |  |
| 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       | 氏名の変更   | 保護者の変更  |  |  | 転 居 |  |       |  |  |  |  |  |
|           | 加入保険の変更 | その他 ( ) |  |  |     |  |       |  |  |  |  |  |
|           |         | 理由発生年月日 |  |  |     |  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |