

|       |
|-------|
| 市町受付欄 |
|       |

| 自立支援医療受給者証（精神通院医療）等記載事項変更届                             |                                                    |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|--|--|-------|-------------------------------------------------|----------------------------|-------|-------|--|--|--|
| 受診者                                                    | フリガナ                                               |                                                 |  |  |  |       |                                                 | 生 年 月 日                    |       |       |  |  |  |
|                                                        | 氏 名                                                |                                                 |  |  |  |       |                                                 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |       |  |  |  |
|                                                        | フリガナ                                               |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
|                                                        | 住 所                                                |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
|                                                        | 個人番号                                               |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
|                                                        | チェック欄                                              | <input type="checkbox"/> 番号確認（正しい個人番号が入力されているか） |  |  |  |       | <input type="checkbox"/> 本人確認（その個人番号が付番されている方か） |                            |       |       |  |  |  |
| 保護者<br>（受診者が18<br>歳未満の場合<br>記入）                        | フリガナ                                               |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            | 続柄    |       |  |  |  |
|                                                        | 氏 名                                                |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
|                                                        | フリガナ                                               |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
|                                                        | 住 所                                                |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
|                                                        | 保護者個人番号                                            |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
|                                                        | チェック欄                                              | <input type="checkbox"/> 番号確認（正しい個人番号が入力されているか） |  |  |  |       | <input type="checkbox"/> 本人確認（その個人番号が付番されている方か） |                            |       |       |  |  |  |
| 自立支援医療費受給者番号                                           |                                                    |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
| 受給者証の有効期間                                              |                                                    | 年 月 日 から 年 月 日 まで                               |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
| 変更内容                                                   | 事 項                                                | 変 更 前                                           |  |  |  | 変 更 後 |                                                 |                            |       | 変更年月日 |  |  |  |
|                                                        | 受診者に関する事項<br>（氏名・住所・電話番号）                          |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       | 年 月 日 |  |  |  |
|                                                        | 保護者に関する事項<br>（氏名・住所・電話番号）                          |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       | 年 月 日 |  |  |  |
|                                                        | 被保険者証に関する事項<br>（記号及び番号・保険者名<br>・受診者と同一保険の加入者）※2、※3 |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       | 年 月 日 |  |  |  |
| 備 考                                                    |                                                    |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
| 私は、自立支援医療受給者証及び自立支援支給認定申請書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。 |                                                    |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
| 届出者住所 〒 届出者電話番号                                        |                                                    |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
| 届出者氏名                                                  |                                                    |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
| 年 月 日                                                  |                                                    |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |
| 三重県知事 宛て                                               |                                                    |                                                 |  |  |  |       |                                                 |                            |       |       |  |  |  |

備考

- 1 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）に記載してください。
- 2 被保険者証に関する事項の変更を行う場合は、保険証の写しを添付してください。
- 3 受診者と同一保険に加入する方全員の氏名、続柄及び個人番号を別紙に記入してください。