

記載例

様式第6号

(表面)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）

受診者	フリガナ	タカシヨウ タロウ										生年月日		
	氏名	多賀城 太郎										昭和 平成 令和	60年4月1日	
	フリガナ											電話番号		
	住所	多賀城市中央二丁目1番1号										090 - 0000 - 0000		
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ											続柄		
	氏名													
	フリガナ													
	住所													
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
自立支援医療費受給者番号	1	2	3	4	5	6	7							
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)	塩釜市旭町1番1号					多賀城市中央二丁目1番1号							
		変更年月日					平成/令和 年 月 日							
	保護者に関する事項 (氏名・住所)													
	変更年月日					平成/令和 年 月 日								
加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者番号・保険者名・受診者との加入者)	01070000 全国健康保険協会 宮城支部 025 41564					040097 多賀城市 み多 0471254								
	変更年月日					平成/令和 ●年 ●月 ●日								
備考														
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療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。														
届出者氏名 多賀城 太郎														
令和 ●年 ●月 ●日														
宮城県知事 殿														

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。