

記入例

様式第6号

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	カシヨウ ハコ							性別	生年月日			
	氏名	多賀城 花子							男・ <input checked="" type="radio"/> 女	大正 昭和 平成 令和	○年	1月	1日
	フリガナ	カシヨウシユウカ							電話番号				
	住所	多賀城市中央2丁目1番1号							022-368-1141				
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
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					
受給者証の有効期間		令和 2年 1月 1日 から							令和 3年 12月 31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 花子							多賀城				
		変更年月日							平成 ○年 □月 △日				
	保護者に関する事項 (氏名・住所)	多賀城市中央2丁目123番123号							多賀城市中央2丁目1番1号				
		変更年月日							平成 ○年 □月 △日				
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者同一の加入者)	123456 789 多賀城市健康保険組合							み多 123456 多賀城市				
	変更年月日							平成 ○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 花子

印

令和 ○年 □月 △日

宮城県知事

殿

受診者本人の名前
受診者が18歳未満の場合は
保護者氏名を記入してください。

変更がある箇所だけ
記入してください。

受診者が
18歳未満の場合
保護者氏名を記入
してください。

※ 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。