

重度心身障害者医療費受給者変更届

受給者番号	受給者氏名	性別	男・女		
	生年月日	年 月 日			
住 所					
届出事項 1 氏名の変更 2 住所の変更 3 医療保険の種類又は資格情報の変更 4 食事療養(生活療養) 費標準負担額減額認定資格情報の変更 5 その他	変更年月日	年 月 日			
	届出理由				
変更事項					
旧		新			
変更後の世帯構成員 【同一世帯に限る】	氏 名	個人番号			

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年 月 日

住 所

届出者

氏 名

(受給者との続柄)

佐渡市長 様

(注)

- 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。
- 2 届出の理由は詳しく記載してください。
- 3 変更前の受給者証を添えてください。
- 4 記名押印に代えて署名することができます。