

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		変更年月日		年		月 日	
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		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。