

自立支援医療受給者証等記載事項変更届・資格喪失届（更生医療）

（届出先）

浜松市長

令和 年 月 日

私は、次のとおり、自立支援医療受給者証等に関する事項について届け出ます。

【届出事項】※該当する項目を「○」で囲んでください。

申請者氏名

1 記載事項変更

2 資格喪失

受 診 者	フリガナ											生年月日	
	氏名											大正 昭和 平成	年 月 日
	住所									電話番号			
	個人番号												
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで											
記 載 事 項 変 更	事項	変 更 前										変 更 後	
	受診者に関する事項 （氏名・住所）												
	加入医療保険に関する事項 （記号及び番号・保険者名 ・受診者と同一の加入者）												
資 格 喪 失	事由発生日	令和 年 月 日											
	※該当する項目を○で囲んでください。 資格喪失の理由	市外転出 ・ 通院終了 ・ 死 亡 ・ その他（ ）											
備 考													

(注意)

※ 加入医療保険の変更など、自立支援医療における「世帯」の変更を伴う場合には、支給認定の変更を行う必要があるため、自立支援医療支給認定申請書（変更）も提出してください。

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続の該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を伴うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）を提出してください。

市チェック欄