自立支援医療費（更生医療）受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		性　別	生　年　月　日
	氏　　名	個人番号：	男　・　女	年　　月　　日
	住　　所	〒 明石市		
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間		年　　月　　日　から　　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・電話番号）			
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・受信者と同一の加入者）			
備　　考				

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費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

年　　月　　日

明 石 市 長　　様

※　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、自立支援医療費支給申請書（変更）に記載すること。