

岡山市自立支援医療（更生医療）受給者証等記載事項変更届

受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏 名		大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	フリガナ		
	居 住 地	〒 岡山市 区 電話番号	
自立支援医療費受給者番号			
個人番号			
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・居住地・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・ 受診者と同一の加入者)		
		個人 番号	個人 番号
身体障害者手帳記載内容			
備 考			

私は、自立支援医療（更生医療）受給者証及び自立支援医療（更生医療）費支給認定通知書に記載された事項について、変更がありましたので、上記のとおり届け出ます。

岡 山 市 長 様

令和 年 月 日

届出者氏名

(署名又は記名押印)

※ 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。