

自立支援医療（精神通院医療）受給者証等記載事項変更届																				
受 診 者	フリガナ	カトウ ハナコ										生年月日								
	氏 名	加東 花子										昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日								
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 加東市社50番地										電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
	電子メール						個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ											受診者との続柄								
	氏 名																			
	住 所 ※1	〒										電話番号 ※1								
	電子メール						個人番号													
自立支援医療費受給者番号		1	2	3	4	5	6	7												
受給者証の有効期間		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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・電子メール）	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇番地										〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇番地								
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号・電子メール）																			
	加入医療保険に関する事項 （記号及び番号・保険者名・受診者との加入者）	123456 789 〇〇健康保険組合 〇〇支部										987654 321 〇〇健康保険組合 〇〇支部								
備 考																				
自立支援医療（精神通院医療）受給者証及び自立支援医療費（精神通院医療）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 加東 花子 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 兵庫県知事 様																				

(注) 1 自己負担上限額（所得区分及び高額治療継続者該当・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、自立支援医療費支給認定申請書（変更）に記載すること。
2 ※1の欄は受診者本人と異なる場合に記入すること。
3 ※2の欄は、記入しないこと。

受理機関名 ※2		受理年月日	年	月	日
精神保健福祉センター ※2			年	月	日