

**記入例**

**重度心身障害児者医療費受給資格変更届**

受給者の氏名・性別・生年月日を記入して下さい。

受給者の新しい事柄について記入して下さい。

区 分	重 身 障 心	
受 給 者 番 号		
氏 名	御 坊 太 郎	
	個人番号:	男・女
生 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日 生	

		新	旧
受給者	氏 名	御 坊 太 郎	
	住 所	御坊市菌350番地	
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名	御坊一郎 個人番号:	
	受 給 者 と の 続 柄	父	
	保 険 種 別	国保・国退・協・組・船・共・後期・( )	国保・国退・協・組・船・共・後期・( )
	記 号 番 号	××-△△△△	
	被 保 険 者 証 名 発 行 機 関	(保険者番号) 〇〇〇〇健康保険組合	(保険者番号)
	所 在 地		
	附 加 給 付 の 有 無		
世帯員	氏 名	御坊 一郎 個人番号: 受給者との続柄:父	
	氏 名	御坊 花子 個人番号: 受給者との続柄:母	
	氏 名	御坊 太郎 個人番号: 受給者との続柄:本人	
	氏 名	個人番号: 受給者との続柄:	
	氏 名	個人番号: 受給者との続柄:	
事 由 発 生 日		〇〇年 〇〇月 〇〇日	

上記のとおり受給資格に変更がありましたので、お届けします。

事由の発生した日を記入して下さい。

受給者の住所・氏名・日中連絡取れる電話番号を記入し、押印してください。

年 月 日  
住 所 御坊市菌350番地  
届出人 氏 名 御坊 一郎  
電話番号 (0738) 23 - 5645



御坊市長 様

### 重度心身障害児者医療費受給資格変更届

区 分	重 身 障 心	
受給者番号		
氏 名		
	個人番号:	男・女
生 年 月 日	年 月 日	生

		新	旧
受給者	氏 名		
	住 所	御坊市	
加入医療保険	被保険者氏名	個人番号:	
	受給者との続柄		
	保 険 種 別	国保・国退・協・組・船・共・後期・( )	国保・国退・協・組・船・共・後期・( )
	記 号 番 号		
	被 保 険 者 証 名 発 行 機 関	(保険者番号)	(保険者番号)
	所 在 地		
	附 加 給 付 の 有 無		
世帯員	氏 名	個人番号: 受給者との続柄:	
	氏 名	個人番号: 受給者との続柄:	
事 由 発 生 日		年 月 日	

上記のとおり受給資格に変更がありましたので、お届けします。

年 月 日

住 所 御坊市

届出人 氏 名

電話番号

( ) -



御坊市長 様